

Aus der Abteilung
für Unfallchirurgie
Prof. Dr. med. Michael Nerlich

Der Medizinischen Fakultät
der Universität Regensburg

**Die Gutachtenerstellung am Klinikum der Universität
Regensburg
im Fachbereich Unfallchirurgie**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnmedizin

der
Medizinischen Fakultät der
Universität Regensburg

Vorgelegt von
Daniela Spieß

2009

Dekan: Prof. Dr. Bernhard Weber

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Peter Angele
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Joachim Grifka

Tag der mündlichen Prüfung: 22. Juli 2009

Für Jochen

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
AG	Aktiengesellschaft
AUB	Allgemeine Unfallversicherungsbedinungen
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
AZ	Aktenzeichen
Beckenk.	Beckenkamm
Beh.	Behandlung
BG	Berufsgenossenschaft
BMFSF	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BWS	Brustwirbelsäule
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CD-Rom	Compact Disc Read only Memory
cm	Zentimeter
CRP	C-reaktives Protein
DEVK	Deutsche Eisenbahn-Versicherungskasse
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DJI	Deutsches Jugendinstitut
d.h.	dass heißt
Dr.	Doktor
Dtv	Deutscher Taschenbuch Verlag
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie
e.V.	eingetragener Verein
FMH	Federatio Medicorum Helveticorum
GdB	Grad der Behinderung
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
geb.	geboren
Geb.datum	Geburtsdatum
GM	German Modification
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung

GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HIV	human immunodeficiency virus
HNO	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Hr.	Herr
Hrsg.	Herausgeber
HVBG	Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
HWS	Halswirbelsäule
IIMB	Institut für interdisziplinäre medizinische Begutachtungen
inkl.	inklusive
ICD	International Classification of Diseases
ICT	International Center for Telemedicine
i.d.R.	in der Regel
IT	Information Technology
J	ja
J.	Jahr
Kfz	Kraftfahrzeug
KG	Kniegelenk
LÄK	Landesärztekammer
LWS	Lendenwirbelsäule
LVBG	Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften
m	männlich
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
Min.	Minute(n)
MKG	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
N	nein
N.	Nervus
NHTSA	National Highway Traffic Safety Administration
Nr.	Nummer
o. Ä.	oder Ähnliches
OP	Operation
PD	Privatdozent
PDS	Polydioxanon-Band
PFN	proximaler Femurnagel

PLZ	Postleitzahl
Proc.	Processus
Prof.	Professor
Reha	Rehabilitation
Rot.ref.	Rotatorenmanschettenrefixation
sh.	Siehe
SIM	Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz
sog.	Sogenannt
St.	Sankt
Tab.	Tabelle
TEP	Totalendoprothese
u. Ä.	und Ähnliches
UFN	unreamed femoral nail (Femurnagel)
UHN	unreamed humerus nail (Humerusnagel)
UK	Unterkiefer
USS	Typbezeichnung für Wirbelkörper-/Pedikelschrauben
usw.	und so weiter
UTN	unreamed tibial nail (Tibianagel)
u. U.	unter Umständen
uvm.	und vieles mehr
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
w	weiblich
WK	Wirbelkörper
WS	Wirbelsäule
z.B.	zum Beispiel
ZGa	Zusatzgutachten

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	1
1.1	Allgemeine Bedeutung von Gutachten	1
1.2	Das Unfallversicherungswesen	1
1.2.1	Geschichtliches zur Unfallversicherung	1
1.2.2	Die gesetzliche Unfallversicherung	2
1.2.3	Die private Unfallversicherung	4
1.3	Form der Gutachten	6
1.3.1	Exemplarischer Aufbau eines Formulargutachtens	6
1.3.2	Aufbau eines freien Gutachtens an der Universitätsklinik Regensburg im Fachbereich Unfallchirurgie	8
1.4	Die Gutachtenerstellung am Universitätsklinikum Regensburg im Fachbereich Unfallchirurgie	10
1.5	Vergütung von Gutachten	10
2.	ZIELSETZUNG	12
3.	MATERIAL UND METHODE	13
3.1	Dr. Markus Mohr, Gutachter im Fach Unfallchirurgie	13
3.2	Ablauf der Gutachtenerstellung im Fach Unfallchirurgie	14
3.2.1	Die Gelenkmessung nach der Neutral-0-Methode	15
3.2.2	Die Röntgenuntersuchung	17
3.2.3	Die laborchemische Untersuchung	17
3.2.4	Die apparativen Untersuchungen	17

3.2.5	Besondere diagnostische Maßnahmen	17
3.2.6	Dokumentation der Verletzungsfolgen	18
3.3	Beurteilung des Körperschadens	18
3.3.1	Die MdE-Sätze	18
3.3.2	Die Gliedertaxe	19
3.3.3	Grad der Behinderung GdB	20
3.4	Auswertungsvorgang der medizinischen Gutachten	20
4.	ERGEBNISSE	23
4.1	Patientengut	23
4.1.1	Einbestellungshäufigkeit der Patienten	23
4.1.2	Einteilung der Patienten nach Alter und Geschlecht	24
4.1.3	Herkunft der Patienten	25
4.2	Differenzierung nach Art und Anzahl der Gutachten 2001 bis 2006	26
4.2.1	Anzahl der Gutachten 2001 bis 2006	26
4.2.2	Auftraggeber der Gutachten	28
4.2.3	Art der Gutachten	28
4.3	Zusatzgutachten aus anderen Fachbereichen	29
4.4	Der Gutachtenfluß an der Universitätsklinik Regensburg im Fach Unfallchirurgie im zeitlichen Überblick	31
4.5	Rückfragen zu den erstellten Gutachten	35
4.6	Unfall-, Begleit- und Nebendiagnosen	36
4.6.1	Unfalldiagnosen	36

4.6.2	Nebendiagnosen des Unfalles	39
4.6.3	unfallunabhängige Begleitdiagnosen	39
4.6.4	Unfallfolgediagnosen	41
4.7	Therapiemaßnahmen	42
4.7.1	Therapie der Unfallverletzungen	42
4.7.2	Therapie der Unfallfolgen	49
4.8	Unfallarten	51
4.9	Finanzielle Aspekte der Gutachtenerstellung	51
5.	DISKUSSION	55
6.	ZUSAMMENFASSUNG	68
7.	REFERENZEN	69
8.	DANKSAGUNGEN	73
9.	LEBENS LAUF	74
10.	ERKLÄRUNG	75

1. EINLEITUNG

1.1 Allgemeine Bedeutung von Gutachten

Medizinische Gutachten sind von großer Bedeutung für Versicherungen, Berufsgenossenschaften, Ämter und Sozialversicherungsträger, um Leistungen entweder gewähren oder ablehnen zu können, für Anwälte und Gerichte, um korrekte Urteile zu fällen und für den Privatmann, um eine unabhängige objektive Beurteilung zu erhalten. Ein ärztliches Gutachten ist die Anwendung der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis auf einen Individualfall in Bezug auf eine bestimmte, meist außerhalb des direkten medizinischen Bereiches liegende Frage (1).

Der Begriff „Gutachten“ ist keine geschützte Bezeichnung. Die Benennung des jeweiligen Gutachtens, gibt der Sachverständige vor. Er beurteilt Tatsachen aufgrund von Fachwissen und Erfahrungsgrundsätzen, die meist in entsprechenden Tabellen vorliegen. Wird die Stellungnahme eines Gerichtssachverständigen abgegeben, so spricht man von einem Gerichtsgutachten, wird dies von einer der Prozeßparteien ausgeführt nennt man dies Privatgutachten. Vollkommen unabhängig von der Bezeichnung, handelt es sich dabei immer um einen Parteivortrag. Deshalb sind auch Benennungen wie z. B. Begutachtung, Stellungnahme, Bericht o. Ä. als gleichwertig anzusehen (2).

1.2 Das Unfallversicherungswesen

1.2.1 Geschichtliches zur Unfallversicherung

Bereits im 16. Jahrhundert existierten Bestimmungen zur Unfallversicherung in der Seefahrt, für Schiffseigentümer, die den Tod ihrer Kapitäne während einer Seereise absichern konnten. Im 17. Jahrhundert kam eine Versicherung gegen Dienstunfähigkeit nach Kämpfen oder anderen Unfällen auf See hinzu. Aus dieser Zeit stammen auch die ersten Hinweise auf „Gliedertaxen“. 1853 wurde in Deutschland für alle im Eisenbahnverkehr tätigen Menschen eine Versicherung gegen Eisenbahnunfälle gegründet. Für alle anderen Arbeitnehmer gab es zuerst eine Absicherung bei Haftpflichtansprüchen, daraus entstand im Laufe der Zeit die allgemeine Unfallversicherung, wie sie bis heute besteht.

1885 wurde zusätzlich die Sozialunfallversicherung eingeführt und im Jahre 1900 schließlich der Unfallversicherungsverband gegründet (3).

Das Unfallversicherungswesen heute kann man sich als Dach eines Gebäudes vorstellen, welches von 3 wichtigen Säulen getragen wird. Die erste Säule stellt die gesetzliche

Unfallversicherung dar, die zweite das soziale Versorgungswesen und die dritte Säule die Privatversicherungen. Diese 3 Versicherungsträger unterscheiden sich voneinander durch eigene Beurteilungsrichtlinien und Bemessungsgrundlagen. Die Leistungen gegenüber den Versicherungsnehmern sind verschieden und meist nicht miteinander vergleichbar (4).

Das gemeinsame Fundament des Gebäudes ist die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland, das Grundgesetz (siehe Abb. 1).

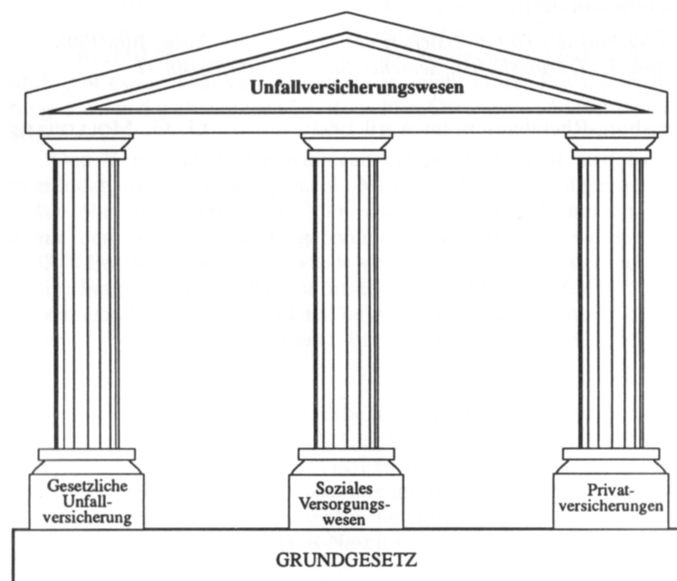


Abb. 1: Wesentliche Säulen des Unfallversicherungswesens sind die Gesetzliche Unfallversicherung, das Soziale Versorgungswesen und die Privatversicherungen. Als gemeinsame Basis gilt in der Bundesrepublik Deutschland das Grundgesetz (4).

1.2.2 Die gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) ist Bestandteil (Versicherungszweig) der gegliederten Sozialversicherung. Sie sichert die Folgen von Arbeitsunfällen, Gesundheitsgefahren durch den Beruf und Berufskrankheiten ab. Die Versicherung greift unabhängig davon, wer die Schuld am Arbeitsunfall trägt.

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (5)

- Heilbehandlung: Die GUV übernimmt die Kosten für die ärztliche Behandlung, für die erforderlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie für Aufenthalte im Krankenhaus. Die Dauer, für die Leistungen in Anspruch genommen werden, ist dabei nicht relevant.
- Verletztengeld: Hierbei handelt es sich um 80 % des entgangenen Bruttoentgelts, bis maximal zur Höhe des Nettolohns, soweit und solange kein Lohn gezahlt wird. Die maximale Leistungsdauer beträgt 78 Wochen.

- Berufshilfe: Wenn nach einem Unfall oder wegen einer Berufskrankheit eine Arbeit im bisherigen Beruf nicht mehr möglich ist, besteht ein Anspruch auf berufsfördernde Maßnahmen zur Rehabilitation (z. B. Umschulung, Ausbildung in einem anderen Beruf). Während der Ausbildungs- bzw. Umschulungszeit besteht Anspruch auf Übergangsgeld, wenn kein Arbeitsentgelt erzielt wird.
- Leistungen zur sozialen Rehabilitation: Zu diesen Leistungen zählen insbesondere Kraftfahrzeug-, Wohnungshilfe, Haushaltshilfe, psychosoziale Betreuung und Rehabilitationssport.
- Verletztenrente: Eine Verletztenrente wird gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit um 20 Prozent oder mehr für mindestens 26 Wochen gemindert wird. Die Höhe der Verletztenrente richtet sich danach, wie sehr die Erwerbsfähigkeit gemindert ist und nach dem Verdienst vor dem Arbeitsunfall.
- Pflegegeld: Bei Pflegebedürftigkeit besteht neben der Unfallrente auch Anspruch auf Pflegeleistungen oder Pflegegeld.
- Sterbegeld: Führt ein Versicherungsfall zum Tod des Versicherten, wird als Entschädigungsleistung von der gesetzlichen Unfallversicherung ein Sterbegeld gezahlt. Seine Höhe beträgt einheitlich ein Siebtel der jährlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung (§ 64 Abs. 1 SGB VII).
- Hinterbliebenenrente: Stirbt der Ehepartner durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, zahlt die Unfallversicherung eine Hinterbliebenenrente. Die Höhe der Rente richtet sich nach Alter, Berufsfähigkeit und Zahl der Kinder.
- Waisenrente: Werden von dem Versicherten im Todesfall Kinder unter 18 Jahren hinterlassen, so erhalten diese eine Waisenrente.
- Rentenabfindung: Wenn die Erwerbsfähigkeit als Verletzter um 40 % oder mehr gemindert ist und das 18. Lebensjahr vollendet wurde, kann auf Antrag die halbe Rente als Abfindung für 10 Jahre ausgezahlt werden. Mit Beginn des 11. Rentenjahres zahlt die Unfallversicherung wieder die volle Rente.

Zugehörigkeit zur gesetzlichen Unfallversicherung

Unter den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung fallen alle Auszubildenden und Arbeitnehmer, unabhängig von ihrem Lohn. Des Weiteren zählen Fahrgemeinschaften, auf dem Weg zur oder von der Arbeitsstätte, dazu. Ebenso gesetzlich abgesichert sind Landwirte, Kindergartenkinder, Schüler, Studenten, Mini-Jobber, Helfer bei Unglücksfällen, Zivil- und Katastrophenschutz Helfer, sowie Blut- und Organspender. Außerdem kann sich jeder Unternehmer, Freiberufler oder Selbstständige, wenn kein gesetzlicher Versicherungsschutz vorliegt, alleine oder zusammen mit dem Ehepartner freiwillig versichern (6).

1.2.3 Die private Unfallversicherung

Eine private Unfallversicherung sichert die versicherte Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen aller Art ab. Nach den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) Deutschlands, gilt der Versicherungsschutz für Unfälle weltweit und rund um die Uhr. Versicherungsfall in der privaten Unfallversicherung ist der Unfall. Die übliche Definition des Unfallbegriffes lautet: „Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet“ (7). Die genaue Erklärung dieser Unfalldefinition kann Stück für Stück abgehandelt werden. „Plötzlich“ bedeutet, dass das Unfallereignis innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums eingetreten ist, was z. B. bei einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nach sportlicher Dauerbelastung über eine längere Zeit nicht der Fall ist. Der Begriff „plötzlich“ enthält Elemente, wie Unvorhersehbarkeit oder Unentrinnbarkeit, was dann doch unter Umständen auch ein über einen längeren Zeitraum einwirkendes Ereignis, als plötzlich bezeichnet. Beispielsweise, wenn durch das Einatmen giftiger Gase aus einem defekten Ofen, eine schwere Gesundheitsschädigung oder gar der Tod eintritt. „Von außen auf den Körper wirkend“ bedeutet, dass mechanische, chemische, thermische oder elektrische Einwirkungen ausgeübt werden, aber auch Eigenbewegungen, wie ein unbeabsichtigter Sturz zählen dazu. Wird die Gesundheitsschädigung durch organische Vorgänge ausgelöst, z. B. Ertrinken aufgrund eines Herzinfarktes, so gilt dieses Ereignis nicht als Unfall. Bei einem Unfallereignis kann es sich, sowohl um menschliches Handeln, als auch um Naturereignisse, wie Feuer, Glätte und Sturm handeln. Der Begriff „unfreiwillig“ bezieht sich stets auf die Gesundheitsschädigung, da auch beispielsweise bei der Rettung eines Menschen, bei Notwehr oder auch bei grob fahrlässigem Handeln Gesundheitsschädigungen auftreten können. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Selbstmord oder Selbstverstümmelungen. Eine

Unfallversicherung tritt nur für diejenigen Folgen eines Unfallereignisses ein, die zu einer Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit geführt haben. Pathologische Störungen, die infolge psychischer Reaktionen aufgetreten sind, gelten nicht als Gesundheitsschädigungen aufgrund eines Unfalles. Auch Unfälle, die aufgrund einer Geistes- oder Bewusstseinsstörung beruhen, fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Genauso wenig werden Sachschäden, die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen beglichen. Da es aber in Einzelfällen immer wieder zu Unklarheiten gekommen war, werden bestimmte Schadensfälle ausdrücklich als Unfall aus- oder abgewiesen, d. h. entweder Leistungsein- oder Leistungsausschluß. In aller Regel bieten die Unfallversicherer darüber hinaus Versicherungsschutz an für Fälle, in denen aufgrund einer erhöhten Kraftanstrengung, also ohne Einwirkung von außen, an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk luxiert, oder es zu Verletzungen von Muskeln, Sehnen, Kapseln oder Bändern kommt. So liegt ein Unfall im Sinne dieser erweiterten Definition auch vor, wenn die versicherte Person z.B. ein schweres Möbelstück anhebt und durch die dabei aufgewendete erhöhte Muskelkraft eine Sehne rupturiert. Eine private Unfallversicherung kann also abgeschlossen werden, sobald ein finanzielles Risiko, z. B. bei Behinderung nach einem Unfall, besteht, welches nicht durch die gesetzliche Unfallversicherung abgedeckt werden kann. Dies gilt insbesondere für Kinder, Schüler, Studenten und nur im Haushalt tätige Personen, die keine berufliche Qualifikation besitzen und nicht durch gesetzliche Rentenansprüche oder Leistungen aus privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen abgesichert sind (3).

Das Leistungsspektrum der privaten Unfallversicherung

Beim Eintreten einer Invalidität, werden dem Versicherungsnehmer diejenigen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt, die er infolge der Behinderung benötigt. Diese Leistungen können jedoch auch gestaffelt werden, was bedeutet, dass bei höherer Behinderung auch höhere Entschädigungen ausbezahlt werden. Die individuelle Versicherungssumme kann mit Hilfe folgender Formel, je nach Versicherung leicht abweichend berechnet werden:

Monatlicher Bedarf x 200 = Vollinvaliditätsentschädigung

Die zu entrichtenden Beiträge sind je nach Berufsausübung unterschiedlich, d.h. ein schwer körperlich arbeitender Mensch muss beispielsweise doppelt so hohe Beiträge zahlen, wie ein Büroarbeiter. Sollte der Versicherungsnehmer tödlich verletzt werden, ist die Festsetzung einer bestimmten Auszahlungssumme möglich (8).

Die private Unfallversicherung hat die allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) zur Vertragsgrundlage. Die AUB enthalten als „Grundgesetz“ der privaten Unfallversicherung die ideale Deckung für den Normalfall, d.h. für einen körperlich und geistig normal verfassten Versicherten in einer normalen Gefahrenlage. Außerdem beinhalten sie auch die allgemeinen Regeln, nach denen sich das Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer gestaltet. Besondere Versicherungsbedingungen ergänzen die AUB, indem sie Zusatzbedingungen und vom Normalfall abweichende Lebens- und Risikosituationen des Versicherten berücksichtigen (9).

1.3 Form der Gutachten

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen:

- Formulargutachten für bestimmte Anlässe im einzelnen Fachgebiet und
- freiem Gutachten

Weitere Gutachtenformen, die vom Grundaufbau entweder frei oder formell gehalten werden, sind:

- Zusammenhangsgutachten, die grundsätzlich freie Gutachten sind, mit einer Hauptfrage zur Ursache eines Gesundheitsschadens aufgrund eines Unfallereignisses bzw. zu den Folgen eines Unfalles.
- Rentengutachten, die zumeist Formulargutachten darstellen, zur Rentenfestsetzung oder Rentennachprüfung.
- Zusatzgutachten aus einem anderen Fachgebiet, die entweder als Formulargutachten oder als freies Gutachten vorliegen (10).

1.3.1 Exemplarischer Aufbau eines Formulargutachtens

Eine große Rolle spielen Formulargutachten in der gesetzlichen Unfallversicherung. Über den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften erhält der Gutachter hierfür Formtexte. Ein wichtiger, standardisierter Formtext zur Erstellung des „Ersten Rentengutachtens“ (Formtext A4200) wird weiter unten gezeigt. In diesem Zusammenhang weitere wichtige Formtexte sind A4500 (zur Anfertigung des zweiten Rentengutachtens) oder A4510 (Gutachten zur Rentennachprüfung).

Auszug aus Formtext A4200 (11)

Erstes Rentengutachten

(zur 1. Rentenfeststellung)

Angaben zur Identität der verletzten Person

A. Vorgeschichte

1. Art der Verletzung (wissenschaftliche Diagnose)
2. Entstehung der Verletzung (welche Angaben machte der Versicherte bei der ersten Inanspruchnahme des Arztes über Ursache, Entstehung und Zeitpunkt der Verletzung)
3. Befund (wann trat der Versicherte in Ihre Behandlung und welcher Befund wurde hierbei erhoben?)
Wurde der Versicherte anlässlich des Unfalles vorher schon ärztlich behandelt und von wem?
4. Bisherige Behandlung (Art, Verlauf, etwaige Zwischenfälle), insbesondere: Dauer der Bettruhe, des etwaigen Krankenhausaufenthaltes und der Arbeitsunfähigkeit

Die Behandlung ist beendet seit...

B. Gegenwärtiger Zustand und Beurteilung

1. Klagen des Versicherten
2. Allgemeinzustand (kurze Schilderung mit Körpergröße und Gewicht)
3. Befund der Verletzungsfolgen (gründliche und vollständige Schilderung erforderlich)
Kurze Zusammenfassung der wesentlichen Unfallfolgen
4. Stehen Klagen und Befund in Übereinstimmung
5. Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen, auch Folgen anderer Unfälle, Arbeitsunfälle und Wehrdienstbeschädigungen
Wird oder wurde für solche Veränderungen Unfall- oder Versorgungsrente bezogen? Von welchen Stellen?

Bei Fragen 6. und 7. bitte beachten:

bei der Schätzung des Prozentsatzes der eingebüßten Erwerbsfähigkeit ist von der individuellen Erwerbsfähigkeit des Versicherten vor dem Unfall auszugehen. Sie ist mit 100 anzusetzen.

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von weniger als 10 % ist nicht wesentlich und wird Daher nicht entschädigt. In diesem Falle muss die Schätzung lauten „ unter 10 %“.

6. Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Verletzungsfolgen
Wie hoch wird die MdE vom Tage des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit bis zum Tage vor der Untersuchung geschätzt?

7. a) In welchem Ausmaß wird die Erwerbsfähigkeit des Versicherten vom Tage der Untersuchung an beeinträchtigt und wie lange wird diese MdE voraussichtlich noch bestehen?
- b) Wie hoch wird die MdE auf Grund ärztlicher Erfahrung nach Ablauf des Zeitraumes zu 7a längstens bis zur Beendigung des dritten Jahres nach dem Unfall geschätzt?
8. Sind zur Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten weitere ärztliche Maßnahmen erforderlich? Wenn ja, welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?
Für die Beschaffung, Erneuerung oder Änderung von Hilfsmittel werden folgende Vorschläge gemacht...
9. a) Zu welchen Arbeiten wird der Verletzte jetzt für fähig erachtet?
- b) Kann nach Ihrer Meinung die Erwerbsfähigkeit des Versicherten durch geeignete Maßnahmen wiederhergestellt oder gebessert werden?
10. Sonstige Bemerkungen:

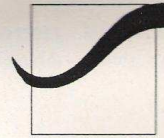
1.3.2 Aufbau eines freien Gutachtens an der Universitätsklinik Regensburg im Fachbereich Unfallchirurgie

Wie bereits weiter oben erwähnt, spielt im Gutachterwesen neben dem Formulargutachten das freie Gutachten eine wichtige Rolle. Anders als die Namensgebung „freies Gutachten“ erahnen lässt, ist die Vorgehensweise bei der Erstellung eines freien Gutachtens jedoch weitestgehend standardisiert. Schon bei der Anfertigung des Deckblatts haben sich in der unfallchirurgischen Abteilung gewisse Standards etabliert. Das Deckblatt enthält den Auftraggeber, den Zeitpunkt des Gutachtenauftrags und das Fertigstellungsdatum. Zusätzlich wird die Art des Gutachtens konkretisiert (z.B. Rentengutachten oder einfach freies fachärztliches Gutachten) und die Basis, auf der die Begutachtung erfolgt ist, erwähnt (z.B. Aktenunterlagen, Untersuchungen klinisch oder radiologisch, Labortests). Im Falle eines Gerichtsgutachtens sind die Akten zusätzlich mit Aktenzeichen und einzelnen Seitenangaben (z. B. Gerichtsakte AZ Nr. xyz, Blätter 001 bis 213) versehen. In Abb.2 wird das Deckblatt eines freien Gutachtens beispielhaft dargestellt (12).



UNIVERSITÄT
REGENSBURG

KLINIKUM



Postfachanschrift: Klinikum der Universität Regensburg, 93042 Regensburg
Hausanschrift: Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR CHIRURGIE

Abteilung für Unfallchirurgie
Leiter: Prof. Dr. med. M. Nerlich

Telefon: 0941/944-6917
Telefax: 0941/944-6927
mohr/me

Schlichtungsstelle für
Arzthaftpflichtfragen
Frau [REDACTED]
Hans-Böckler-Allee 3

30173 Hannover

Regensburg, 16.06.2004

16.07.04

GUTACHTEN

Annegret Beispiel

, *25.11.19[REDACTED]

wohnhaft: Musterstrasse 88

in 99999 Musterstadt

AZ: 2444/02 , Unfall vom 06.04.2002

Sehr geehrte Damen und Herren,

Bezug nehmend auf Ihren Gutachtenauftrag vom 15.05.2003 er-
statten wir Ihnen auf Wunsch im Folgenden ein

FACHÄRZTLICHES GUTACHTEN AUS DER UNFALLCHIRURGIE.

Das Gutachten stützt sich auf die Durchsicht der Aktenun-
terlagen und auf die Kenntnisse der bereits durchgeführten
Röntgenaufnahmen.

Abb.2: Deckblatt eines freien Gutachtens in der Unfallchirurgie der Universitätsklinik Regensburg. Die Anschrift oben links zeigt den Auftraggeber. Hervorgehoben die Art des Gutachtens (in unserem Fall „Freies Gutachten“). Im Anfangstext wird auf die Basis der Begutachtung eingegangen (Durchsicht der Aktenunterlagen, persönliche Untersuchung, Röntgenaufnahmen). Außerdem ersichtlich ist der Zeitpunkt des Gutachtenauftrags, der Vorstellung des Patienten und der Fertigstellung des Gutachtens.

Kommen wir nun zum weiteren Aufbau eines freien Gutachtens. Im Allgemeinen hat sich bei der Gutachtenerstellung folgende Gliederung in der angegebenen Reihenfolge bewährt (1):

- Vorgeschichte
- Subjektive Beschwerden
- Befund
- Leidensbezeichnung
- Unfallfolgen
- Beurteilung

1.4 Die Gutachtenerstellung am Universitätsklinikum Regensburg im Fachbereich Unfallchirurgie

Für den Fachbereich Unfallchirurgie an der Universitätsklinik Regensburg sieht die konkrete Vorgehensweise zur Erstellung eines freien Gutachtens folgendermaßen aus:

Zunächst muss sich der Sachverständige (Hr. Dr. Mohr) mit der Aktenlage vertraut machen. Die Patientenvorstellung beginnt dann mit der ausführlichen Anamnese, die insbesondere auf die unfallunabhängigen Beschwerden, den Unfallhergang, die Zusammenfassung der Verletzungsfolgen und die bis dahin durchgeführte Therapie eingehen sollte. Anschließend erfolgt die klinische Untersuchung des Verletzten, wobei je nach Verletzung mehrere apparative oder laborchemische Zusatzuntersuchungen notwendig sein können. Mit der Auswertung und Beurteilung der erhobenen Befunde schließt das freie Gutachten. In der Beurteilung enthalten ist eine vollständige, aber konzise Zusammenfassung der wesentlichen Unfallfolgen, eine Einschätzung der Beeinträchtigung, entweder frei oder anhand eines Fragekataloges, und in einzelnen Fällen eine kritische Wertung. Im Anhang befinden sich weitere erforderliche Unterlagen, wie Meßblätter oder Röntgennachweise und, falls angefordert, Zusatzgutachten aus anderen Fachbereichen.

1.5 Vergütung von Gutachten

Die Vergütung medizinischer Gutachten ist abhängig vom jeweiligen Versicherungsträger und der Art des angefertigten Gutachtens. Sofern keine anderweitigen Vereinbarungen getroffen wurden, werden Leistungen, die für einen privaten Auftraggeber erbracht worden

sind, nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vergütet. Für gesetzliche bzw. öffentlich-rechtliche Auftraggeber ist die Honorierung der Begutachtungen in Gesetzen und Verordnungen geregelt. Formulargutachten werden meist mit Pauschalen vergütet, wobei zusätzliche apparative Untersuchungen i. d. R. nach der GOÄ abgerechnet werden (13). Zusätzlich, wenn der private Auftraggeber mit der sog. Kostennote einverstanden ist, besteht auch die Möglichkeit der angemessenen privaten Liquidation, die nicht von Berechnungskatalogen abhängig ist.

2. ZIELSETZUNG

Medizinische Fachgutachten nach Unfällen spielen eine wichtige Rolle im Versicherungswesen. Die Gutachten versuchen, die aufgrund eines Unfallgeschehens entstandenen Beeinträchtigungen objektiv zu bewerten und dem Versicherten somit eine entsprechende finanzielle Entschädigung zu gewähren. In der Abteilung für Unfallchirurgie am Klinikum der Universität Regensburg werden seit dem Jahre 2001 unter der Leitung von Prof. Dr. Michael Nerlich medizinische Fachgutachten erstellt. Diese Arbeit hat zum Ziel die Gutachtenerstellung im Fach Unfallchirurgie zu analysieren. Als medizinischer Sachverständiger der unfallchirurgischen Gutachterstelle im Auswertungszeitraum 2001 bis 2006 fungierte Dr. Markus Mohr. Zunächst sollte ein Überblick über das gesamte Patientengut der Jahre 2001 bis 2006 gewonnen werden. Genauer betrachtet heißt das, dass eine Übersicht erstellt werden soll, wie viele Patienten zur Begutachtung (einmal oder mehrfach) erschienen sind und von welchen Auftraggebern diese geschickt worden waren. Das Alter, die Herkunft, die Unfallart und das Geschlecht der Begutachteten sind ebenfalls nicht unbedeutend. Hiermit könnten beispielsweise von Versicherungsträgern Risikofaktorenanalysen für bestimmte Zielgruppen erstellt werden. Genau so wichtig ist die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen, die für mögliche Zusatzbegutachtungen herangezogen werden müssen. Des Weiteren soll ein Einblick in die Gesamtheit der aufgetretenen Unfallverletzungen, deren Therapien und vorhandenen Unfallfolgeerkrankungen gegeben werden. Ebenso werden Probleme seitens der Auftraggeber näher betrachtet. Ferner werden die finanziellen Aspekte der Gutachtenerstellung aufgezeigt. Ebenfalls ein wichtiger Punkt dieser Arbeit liegt in der Analyse des Zeitfaktors bei der Gutachtenanfertigung. Hierbei werden die internen Schritte der Gutachtenerstellung einzeln erfasst und ausgewertet. Somit kann eine Optimierung der derzeitigen Vorgehensweise angestrebt werden. Ein bestmögliches Qualitätsmanagement ist notwendig, um auch in Zukunft konkurrenzfähig zu bleiben.

3. MATERIAL UND METHODE

3.1 Dr. Markus Mohr, Gutachter im Fach Unfallchirurgie

Die vorliegende Arbeit analysiert die Gutachten der unfallchirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums Regensburg in den Jahren 2001 bis 2006, wobei für das Jahr 2006 zum Auswertungszeitpunkt noch nicht alle angefertigten Gutachten fertig gestellt waren und diese somit nicht in die Analyse mit eingegangen sind. Für die Erstellung der Gutachten ist Dr. Markus Mohr seit 2001 verantwortlich. Bereits seit 1993 sammelte er, zunächst im Rahmen seiner Facharztausbildung, dann als Facharzt für Chirurgie, Erfahrung auf dem Gebiet der Gutachtenerstellung. Die einzelnen Stationen im beruflichen Werdegang Mohrs sind dem folgenden Lebenslauf zu entnehmen:

Lebenslauf von Markus Theodor Johannes Mohr, geb. 12.02.1963

Facharzt für Chirurgie (Surgeon Scientist), IT Professional, Chirurgischer Fachgutachter

Curriculum vitae:

1969 - 1973:	St.-Anna-Volksschule, München
1973 - 1982:	Wilhelmsgymnasium, München
09 - 12.1978:	Culford-School (Boarding School), Bury St. Edmunds, England
04 - 05 1982:	Abitur
1983 - 1990:	Studium der Humanmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München
1989 - 1991:	Selbstständige EDV-Konfigurationsberatung, München
21.06.1990:	III. Staatsexamen
06.07.1990:	Teilapprobation als Arzt im Praktikum
22.04.1992:	Approbation als Arzt
17.02.1998:	Prüfung zum Facharzt für Chirurgie

Berufstätigkeit:

15.10.90 - 16.04.92:	Arzt im Praktikum, Urologische Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, München (Prof. Dr. J. E. Altwein, Dr. W. Schneider)
01.05.92 - 30.06.92:	Assistenzarzt, Urologische Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, München (Prof. Dr. J. E. Altwein, Dr. W. Schneider)
15.07.92 - 30.04.93:	Assistenzarzt, Abteilung für Herz- und Thoraxchirurgie des Brüderkrankenhauses, Trier (Dr. V. Müller)

01.05.93 - 30.06.98:	Assistenzarzt, Abteilung für Allgemein-, Unfall- und Gefäßchirurgie des Brüderkrankenhauses, Trier (Prof. Dr. W. Oettinger)
01.07.98 - 30.09.99:	Oberarzt, Abteilung für Allgemein- und Unfallchirurgie, Illertissen (Dr. F. Stöberl)
01.10.99 - 31.03.00:	Director of Business Development, AGAMUS Consult Unternehmensberatung GmbH, Starnberg (Dr. L. Weck)
01.04.00 - 31.07.01:	Wissenschaftlicher Assistent und Facharzt für Chirurgie, Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Universität Regensburg (Prof. Dr. K.-W. Jauch)
01.08.01 - 31.12.04:	Wissenschaftlicher Assistent, Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universität Regensburg (Prof. Dr. M. Nerlich)
	Medical Director, International Center for Telemedicine, Regensburg
01.01.05 – 29.02.08:	Wissenschaftlicher Assistent und Facharzt für Chirurgie am Tumorzentrum Regensburg e. V., Institut für Pathologie, Universität Regensburg (Prof. Dr. F. Hofstädter)
Seit 01.03.08:	Freier Gutachter, Gesellschafter und Geschäftsführer der ManaThea GmbH, Direktor der BioMedical Data Processing Group Gesellschafter und Geschäftsführer der XpertCube Betreibergesellschaft

Nachdem Dr. Mohr auf mehr als 10 Jahre Gutachtertätigkeit zurückblicken konnte, veröffentlichte er einen aktuellen Leitfaden zur Gutachtenerstellung. In seinem Werk „Vademecum: Medizinische Gutachten“ beschäftigt er sich praxisnah mit allen Aspekten der Gutachtenerstellung von der Eingabe bis zur Fertigstellung. In diesem Leitfaden gibt Dr. Mohr Hilfestellungen, Tipps und Tricks für die Formulierung von Gutachten, und vorgefertigte Texte von klinischen und radiologischen Normalbefunden sollen dem Leser im Gutachteralltag helfen. Darüber hinaus verfügt das Werk über hilfreiche Meßblätter nach der Neutral-Null-Methode und standardisierte Untersuchungstechniken zur Beurteilung der Hände, Finger und Knie. Abschließend wird auf aktuelle Änderungen der Gesetzgebung, v.a. in Hinblick auf die Beurteilungskriterien zur Erfassung der MdE/Grades eingegangen und Beispiele zur Gutachtenerstellung gegeben (14).

3.2 Ablauf der Gutachtenerstellung im Fach Unfallchirurgie

Als zentrale Anlaufstelle für eingehende Gutachtaufträge verfügt die unfallchirurgische Abteilung der Universitätsklinik über ein Gutachtensekretariat. Die dort eingegangenen Gutachtaufträge müssen durch den Gutachter (Dr. Mohr) zunächst auf Vollständigkeit überprüft werden. Konkret bedeutet dies, dass der Gutachter anhand der vorhandenen Aktenlage entscheiden muss, ob die Informationen zur Erstellung des Gutachtens ausreichen, oder ob weitere Vorbefunde in Form von Untersuchungsberichten oder Arztbriefen notwendig

sind. Des Weiteren können auch alte Unterlagen, alte Gutachten, unfallunabhängige Historien und, je nach Fragestellung des Gutachtens, evtl. auch Dokumente von den zuständigen Gerichten oder prozeßbemächtigten Anwälten, von Bedeutung sein. Schon vor der ersten persönlichen Vorstellung entscheidet der Gutachter, je nach Aktenlage, ob Zusatzgutachten aus anderen Fachbereichen notwendig sind. Außerdem überlegt er sich, auf welche Punkte der Anamneseerhebung und der Untersuchung besonderes Augenmerk gelegt werden sollte. Am Tag der Einbestellung werden zunächst notwendige Voruntersuchungen, wie Röntgen- und Laboruntersuchungen durchgeführt. Dann findet ein ausführliches Anamnesegespräch statt, in welchem der Patient seine subjektiven Beschwerden wiedergeben kann. Im Anschluss daran werden die betroffenen Körperregionen klinisch untersucht und die radiologischen Untersuchungen ausgewertet. Viele Auftraggeber fordern darüber hinaus, dass bei der Begutachtung standardisierte Fragenkataloge abgearbeitet werden. Nach der Patientenvorstellung muss der Gutachter alle klinischen Befunde unter Berücksichtigung der Anamnese bewerten, und eine Beurteilung der Gesamtbeeinträchtigung der zu begutachtenden Person vornehmen. Zusätzlich gibt er eine erste Prognose ab, inwieweit sich die Unfallfolgen in den nächsten drei bis fünf Jahren verbessern oder verschlechtern werden. Wie bereits erwähnt spielt die klinische und apparative Untersuchung in der gutachterlichen Tätigkeit eine wichtige Rolle. Im Folgenden werden wichtige Untersuchungsmethoden eines unfallchirurgischen Gutachters vorgestellt.

3.2.1 Die Gelenkmessung nach der Neutral-0-Methode

Bei der Gelenkmessung nach der Neutral-0-Methode werden alle Gelenkbewegungen aus einer definierten Null-Stellung (siehe Abb. 3) heraus gemessen (15). Als Null-Stellung definiert man die Stellung, welche ein gesunder Mensch im aufrechten Stand mit hängenden Armen und nach vorne gehaltenem Daumen und parallel gestellten Füßen einnehmen kann. Bei dieser Messung wird der Winkel, welcher bei der Bewegung durchlaufen wird abgelesen und auf die nächste 5er Stelle aufgerundet notiert. Dabei wird lediglich der vom Patienten eigentätige Bewegungsumfang gemessen (siehe Abb. 4). In vorgefertigte Meßbögen werden immer drei Zahlen eingetragen, wobei im Normalfall die Zahl in der Mitte die Null-Stellung kennzeichnet. Dies ist jedoch nur bei Gelenken möglich, die sich in 2 Richtungen aus der Null-Stellung heraus bewegen lassen. Kann die Bewegung nur in einer Richtung ausgeführt werden, dann steht die Null am Anfang oder Ende, um anzugeben, dass die Null-Stellung nicht eingenommen werden kann, z.B. bei Kontrakturen (16).

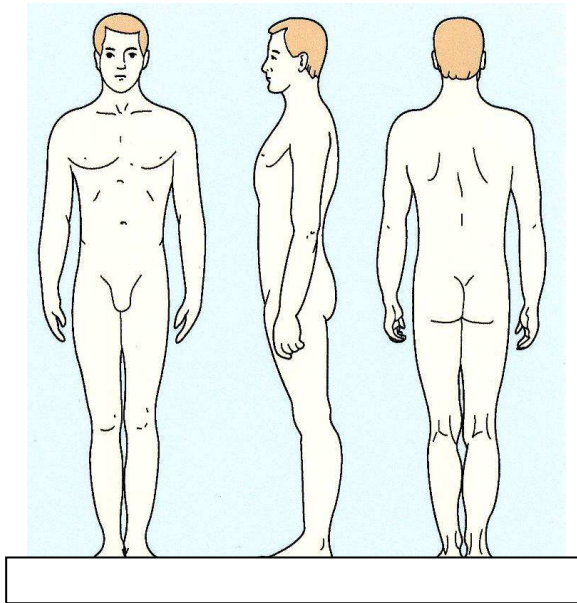


Abb. 3
Darstellung der anatomischen Normalstellung als Ausgangsstellung für die Gelenkmessung nach der Neutral-Null-Methode (15)

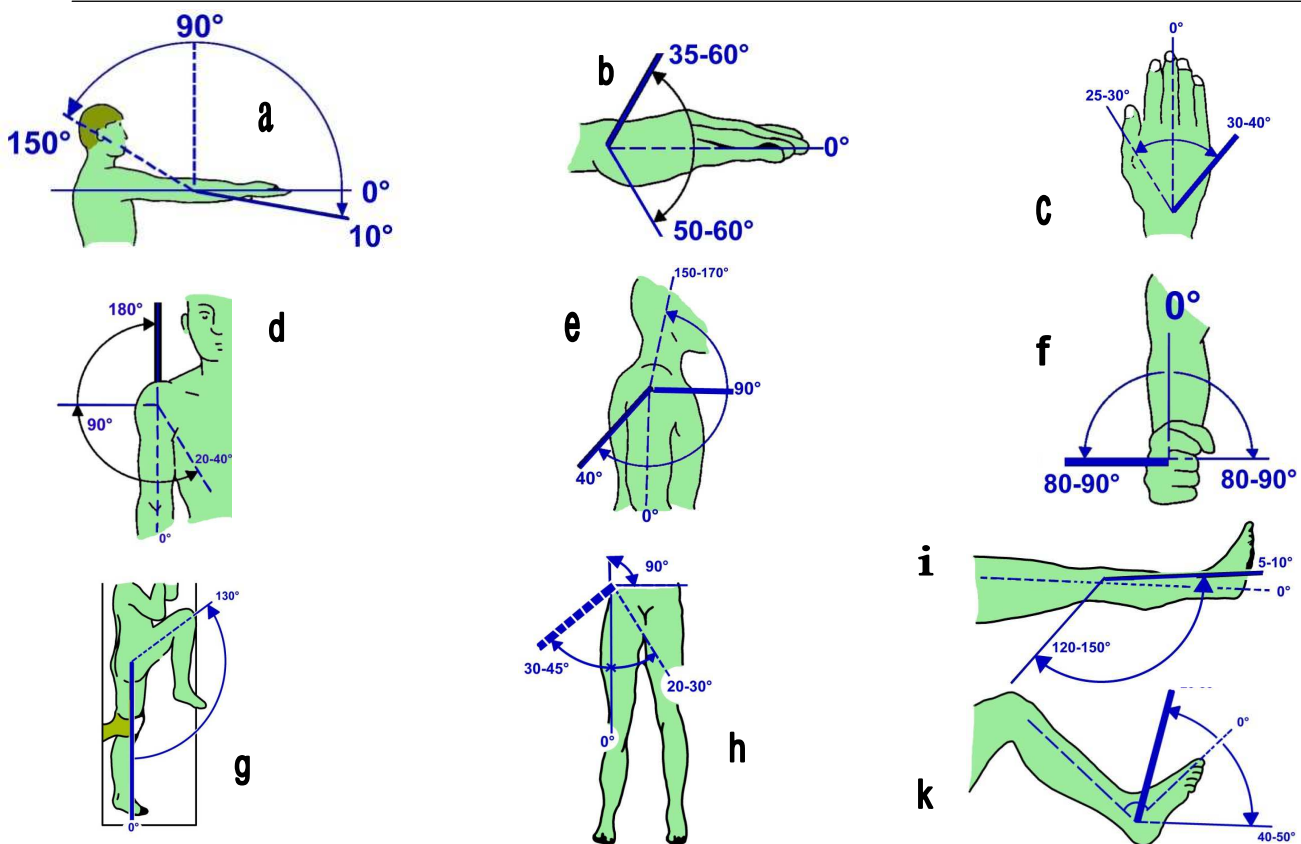


Abb. 4 (17) Text: (18)

Messung nach der Neutral-Null-Methode: Die Bewegungsausmaße der einzelnen Gelenke sind in Winkelgraden angegeben. 0° entspricht dabei der Ausgangsstellung des Gelenks.

- | | |
|---|--|
| a) Ellenbogen: Flexion - Extension | b) Handgelenk: Palmarflexion – Dorsalextension |
| c) Handgelenk: Radialabduktion – Ulnarabduktion | d) Schultergelenk: Abduktion |
| e) Schultergelenk: Elevation | f) Vorderarm: Pronation – Supination |
| g) Hüftgelenk: Flexion – Extension | h) Hüftgelenk: Abduktion – Adduktion |
| i) Kniegelenk: Flexion – Extension | k) oberes Sprunggelenk: Dorsalextension - Plantarflexion |

Diese Meßbögen gibt es für die „oberen Gliedmaßen“, die „unteren Gliedmaßen“ und die „Wirbelsäule“. Für die Schulter existiert ein gesondertes Funktionsblatt, welches zusätzlich zum Bewegungsumfang die Kraft und den Schmerzgrad mit einbezieht. Des Weiteren können

in diese Protokolle nicht nur die Bewegungsausmaße der Gelenke eingetragen werden, sondern auch Umfangs-, Stumpf- und Gliedlängenmaße. Diese Angaben erfolgen stets in der Einheit „cm“. Ebenso können Drehbewegungen, wie z. B. die Drehung des Unterarmes protokolliert werden (19).

3.2.2 Die Röntgenuntersuchung

Die Röntgenuntersuchung stellt eine unabdingbare Untersuchungsform in der unfallchirurgischen Begutachtung dar. Der betroffene Bereich wird zumeist in 2 Ebenen dargestellt, für einige Gelenke existieren Spezial- und Funktionsaufnahmen. Die Computertomographie und die Kernspintomographie bereichern das konventionelle Röntgen bei vielen Fragestellungen. Ziel ist es, die genaue Ausdehnung der Unfallverletzung zu erfassen, und eine Aussage über mögliche Folgeerkrankungen tätigen zu können.

3.2.3 Die laborchemische Untersuchung

Laborchemische Untersuchungen liefern wichtige Informationen über zahlreiche Organfunktionen und können darüber hinaus auf infektiöse oder entzündliche Geschehen innerhalb des Körpers hinweisen. Routinemäßig werden wichtige Laborparameter (Blutbild, Gerinnung, CRP, Elektrolyte, Nieren- und Leberwerte) bestimmt, und je nach Fragestellung, durch spezielle Laborparameter ergänzt. Die Möglichkeiten hierfür sind groß und reichen von serologischen Untersuchungen (Hepatitisserologie, HIV-Serologie) bis hin zur Synovialanalyse bei Traumata oder Erkrankungen eines Gelenks.

3.2.4 Die apparativen Untersuchungen

In der unfallchirurgischen Begutachtung häufig angewandte apparative Untersuchungen sind die Sonographie, die Spirometrie und die Ergometrie. Darüber hinaus stehen, in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen, Blutdrucklangzeitmessungen, Untersuchung des EKG, Laufbanduntersuchungen und Szintigraphien zur Verfügung.

3.2.5 Besondere diagnostische Maßnahmen

Kann eine Beurteilung nicht nach Aktenlage und den bereits erhobenen Befunden abgegeben werden, so besteht die Möglichkeit, spezielle medizinische Maßnahmen, zur Erkennung des Krankheitsbildes zu ergreifen. Dazu zählen Punktionen, Endoskopien, Biopsien, Arthroskopien, Arthrographien, Injektionen von Kontrastmitteln oder radioaktiven Substanzen, Herzkatheter und Provokationstests (20).

3.2.6 Dokumentation der Verletzungsfolgen

Bei jedem Patienten wird eine Dokumentation aller vorhandenen sichtbaren Verletzungsfolgen durchgeführt. Bei Verlust von Gliedmaßen werden die Stumpfverhältnisse und die Notwendigkeit von Hilfsmitteln beschrieben. Der Verlauf von Narben dokumentiert vorhergegangene operative Eingriffe. Bei Schäden an den Beinen ist der Gang mit und ohne Schuh oder orthopädische Hilfsmittel zu beachten und die Art der Beschwielung der Fußsohlen zu untersuchen. Neben dem normalen Gangbild sind auch differenzierte Stand- und Gangformen zu prüfen (z.B. Ballen- und Fersenstand, Hockversuch, Grätschstand, Einbeinstand, wechselseitiges Hüpfen, Beinhaltung im Sitzen und im Liegen). Immer ist zu prüfen, ob außer Weichteilen auch Knochen, Nerven, Gefäße oder innere Organe verletzt sind. Skizzen und Fotoaufnahmen ergänzen die Dokumentation der Verletzungen und der Folgeerkrankungen (21).

3.3 Beurteilung des Körperschadens

Nach der Auswertung aller vorhandenen Unterlagen und der körperlichen Untersuchung des Patienten, geht es daran die Unfall- bzw. Krankheitsfolgen anhand spezieller Bewertungsmaßstäbe zu beurteilen. Der Gutachter hat hierbei die Möglichkeit sich anhand bestimmter Tabellen über den ungefähren Wert der Beeinträchtigung zu orientieren. Je nach Versicherungsträger gelten folgende Bewertungsmaßstäbe:

3.3.1 Die MdE-Sätze

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ist ein Rechtsbegriff der gesetzlichen Unfallversicherung, nicht zu verwechseln mit den Begriffen Arbeitsunfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen, Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung und Grad der Behinderung (GdB) des Rechts von behinderten Menschen. Die MdE ist von Bedeutung für die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit durch die gesetzliche Unfallversicherung (22). Versicherte deren MdE über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 % besteht haben Anspruch auf eine Verletztenrente. Der Grad der MdE richtet sich immer nach der verminderten Arbeitsmöglichkeit in Bezug auf das allgemeine Erwerbsleben (falls es vom Auftraggeber gewünscht wird kann man natürlich auch die MdE für die jeweilige Berufssparte angeben). Auch Nachteile, die die Geschädigten erleiden, indem sie bestimmte berufliche Kenntnisse und Erfahrungen nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, werden berücksichtigt (23). Bei der Bemessung der MdE wird nicht auf etwaige Einkommensverluste Rücksicht genommen, da

die Verletztenrente lediglich die MdE ausgleichen soll (24). Es kann sogar eine Einkommensverbesserung stattfinden, z. B. wenn aufgrund einer kleinen Beeinträchtigung das bisherige Gehalt und eine Verletztenrente ausbezahlt werden. Zusätzlich zu den Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung können Leistungen einer privaten Unfallversicherung erhalten werden.

3.3.2 Die Gliedertaxe

Die Invalidität, also der Grad körperlicher oder geistiger Leistungsminderung nach Eintreten eines Unfalls wird in der privaten Unfallversicherung anhand einer Tabelle mit festgesetzten Prozentsätzen, der sogenannten „Gliedertaxe“, berechnet (vgl. Abb.5). Gliedertaxen und die dort vorgenommenen Einstufungen folgen einer Empfehlung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V., der diese Aufstellung basierend auf ärztlichen Erkenntnissen erstellt. Es handelt sich lediglich um eine Empfehlung, diese kann und wird von den einzelnen Versicherungen abgewandelt. Fälle deren Gesundheitsbeeinträchtigung nicht in der Gliedertaxe abgebildet werden kann, werden nach einem Gesamteindruck bewertet. Als Berechnungsgrundlage dient dann die Gesamtbeeinträchtigung, die der Einzelne durch den Unfall erlitten hat. Sind mehrere Körperteile betroffen werden die Werte addiert. Die Summe kann dabei niemals über 100 % liegen (25). Die Auszahlung der Unfallversicherung ist von der Invaliditätssumme abhängig (26).

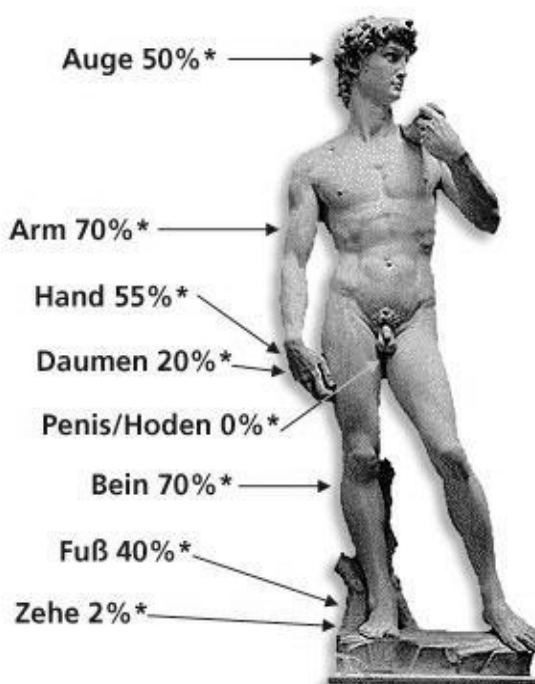


Abb. 5 (27): Der Gliedertaxenmann: Gezeigt werden die *Höchstwerte der Gliedertaxe (in Prozent) für den Verlust oder die vollständige Funktionsunfähigkeit der jeweiligen Gliedmaßen.

3.3.3 Grad der Behinderung GdB

Der Grad der Behinderung ist ein Begriff aus dem Schwerbehindertenrecht. Hier wird das Ausmaß einer Beeinträchtigung durch eine Behinderung angegeben. Der GdB hat sich von der MdE abgegrenzt, da hier die Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen berücksichtigt wird und nicht nur die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit (28).

3.4 Auswertungsvorgang der medizinischen Gutachten

Für die Auswertung aller erstellten Gutachten in der Abteilung für Unfallchirurgie der Universität Regensburg von Januar 2001 bis Dezember 2006 wurde eine umfangreiche Excel-Datenbank angelegt. Tabelle 1 zeigt einen Ausschnitt aus der angefertigten Datenbank, in die insgesamt 813 Patienten eingeordnet wurden. Je Gutachten wurden 30 Auswertungsspalten angelegt. Um eine Grundeinteilung zu erhalten, wurden alle Gutachten nach dem Einbestellungsdatum zur klinischen Untersuchung, eingeordnet. In den nächsten Spalten folgten die Informationen des Gutachtendeckblattes. Zuerst Nach- und Vorname, dann Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort des Patienten. Das Unfalldatum lässt auf das Alter des Versicherten zum Unfallzeitpunkt schließen. Des Weiteren wurden alle Angaben im oberen Bereich der Deckseite, und zwar der Auftraggeber des Gutachtens, das Erstausdrucks-, und Fertigstellungsdatum, sowie die Art des Gutachtens in die Datenbank mit aufgenommen. Dem unteren Teil des Deckblattes konnte in den allermeisten Fällen das Auftragsdatum entnommen werden, die Ausnahme bildeten einige Gutachten, die von gesetzlichen Versicherungsträgern angefordert worden sind, dort fand sich das Auftragsdatum oftmals nur im Anhang. Aus den angeführten Datumsangaben zur Auftragsvergabe, Untersuchung, Erstausdruck und Fertigstellung des Gutachtens wurde der Zeitraum, den ein Gutachten in Anspruch nimmt, berechnet. Dann erfolgte ein Sprung auf die hinteren Seiten des Dokumentes, dort befanden sich, etwaige Zusatzbegutachtungen, Meßblätter, Funktionsanalysen und das Auftragsschreiben des Versicherungsträgers, nicht selten mit nachstehendem Fragekatalog, welcher strikt abzuhandeln war. Nach Aufnahme dieser Auswertungspunkte, ging es daran die Gutachten ab der zweiten Seite durchzuarbeiten. Dort zeigte die Vorgeschichte, um welche Art von Unfall es sich handelte und welche Maßnahmen unmittelbar nach dem Geschehen und im Zeitraum bis zur gutachterlichen Untersuchung ergriffen worden sind. Meist wurden alle Unfalldiagnosen im Anschluss daran nochmals kurz stichpunktartig zusammengefasst, was eine Verschlüsselung nach dem systemischen Verzeichnis der ICD-10-GM Version 2007 erleichterte. Das systematische Verzeichnis der

ICD-10-GM ermöglichte eine statistische Klassifikation aller Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

Februar 2006

Code	Einbestellung	Nachname	Vorname	Geschlecht
1	02.02.2006	Mustermann	Konrad	m
2	02.02.2006	Beispiel	Paul	m
3	09.02.2006	Musterfrau	Christiane	w

Geburtsdatum	Region/PLZ	Alter	Auftraggeber	Tag des Erstausdruckes
14.03.19XX	945XX	41	DEVK Versicherungen	04.02.2006
21.01.19XX	840XX	67	BG Bau Bayern	06.02.2006
11.09.19XX	931XX	49	BG der Feinmechanik	13.02.2006

Fertigstellungsdatum	Gutachtenart	Auftragseingang	Therapie	Unfallart
17.03.2006	frei	27.10.2005	konservativ, chirurgisch	Verkehrsunfall/Motorrad
24.02.2006	1.Rentengutachten	20.04.2005	chirurgisch	Arbeitsunfall/Sturz..
03.03.2006	2.Rentengutachten	24.11.2005	chirurgisch, konservativ	Arbeitsunfall/Sturz...

Versicherungsart	Zusatzgutachten	Unfalldiagnosen	Begleitdiagnosen	Honorareingang
Kfzhaftpflicht	nein	T07, S27.31, S06.0	keine	23.04.2006
Berufsgenossenschaft	nein	S82.18, S83.43, S83.2	M17.9, E66.0	25.03.2006
Berufsgenossenschaft	nein	S82.5, S92.1	G40.9	22.07.2006

Delta 1	Delta 2	Delta 3	Delta 4	Delta 5
98	2	41	37	80
288	4	18	29	51
77	4	18	141	163

Gesamt [€]	Honorar [€]	Unfallfolgen	MdE bzw.Gliedertaxe (%)	Therapie der Unfallfolgen
416,5	274,9	ausgeprägte Wetter...	20%	ja
94,2	72,4	überwiegend....	bereits in Rente; 20% MdE	ja
85,9	68,2	nach subjektiven...	30% MdE	ja

Tab. 1: Auszug aus der Datenbank, mit deren Hilfe alle unfallchirurgischen Gutachten in den Jahren 2001 bis 2006 ausgewertet worden sind. Die Zeilen 2,3 und 4 stehen dabei für 3 exemplarische Patienten. Nach rechts sind die Auswertungspunkte eingetragen. Die mit Delta 1 bis 5 gekennzeichneten Spalten stehen für die Zeiträume die vergangen sind: zwischen Auftragsvergabe und Einbestellung des Versicherten (Delta 1), zwischen Einbestellung des Versicherten und Erstausdruck des Gutachtens (Delta 2), zwischen Ausdruck und tatsächlicher Fertigstellung des Gutachtens (Delta 3) und zwischen Fertigstellung und Ausbezahlung (Delta 4). Delta 5 steht für die Gesamtdauer des Gutachtenflusses ab Einbestellung (= Summe aus Delta 2, Delta 3 und Delta 4). Näheres zu den übrigen Spalten siehe Text.

Die nächsten Seiten gaben Auskunft über das aktuelle Befinden des Versicherten zum Untersuchungszeitpunkt. Daran schlossen die klinischen Untersuchungen, die auch vorhandene unfallunabhängige Begleitdiagnosen beinhalteten, die ebenfalls nach der ICD-10-GM Version 2007 codiert worden sind, an. Gegen Ende jeden Gutachtens wurden bis zum Untersuchungszeitpunkt bestehende Unfallfolgen dokumentiert, welche ebenso in die ICD-10-GM Version 2007 umgewandelt worden sind und das Ausmaß der Beeinträchtigung durch

diese, in Form eines, je nach Versicherungsträger unterschiedlichen Bewertungsmaßstabes angegeben bzw. eingeschätzt. Um einen Überblick über die Versicherungsträger zu erhalten, fand eine Einteilung nach deren Art, d.h. private-, gesetzliche Unfallversicherung, Haftpflichtversicherung, Gericht usw. statt. Da der finanzielle Aspekt bei der Gutachtenerstellung auch nicht zu vernachlässigen war, wurde anhand von sieben Spalten der Abrechnungsvorgang genau erfasst. Inhalt der sieben Spalten war zum einen der Gesamtbetrag, der nach Erstellung eines Gutachtens anfiel, wie er sich zusammensetzte und was letztendlich für den Sachverständigen als definitiver Auszahlungsbetrag übrig blieb.

4. ERGEBNISSE

4.1 Patientengut

In die Auswertung dieser Arbeit gingen alle Gutachten, die im Zeitraum Januar 2001 bis Dezember 2006 in der Unfallchirurgischen Abteilung der Universitätsklinik Regensburg fertig gestellt worden sind, mit ein. Da für das Jahr 2006 zum Auswertungszeitpunkt noch nicht alle Gutachten vorgelegen haben, sind nur diejenigen in die Analyse mit einbezogen worden, die komplett abgeschlossen waren. Insgesamt wurden so 813 Gutachten von 711 unterschiedlichen Patienten ausgewertet.

4.1.1 Einbestellungshäufigkeit der Patienten

Wie die Differenz zwischen Anzahl der Gutachten und Anzahl der Patienten zeigt, wurden für einige Patienten mehrere Gutachten erstellt. Insgesamt 61 Patienten stellten sich mehrfach gutachterlich vor. 55 Patienten wurden zweimal, fünf Patienten dreimal und ein Patient viermal untersucht. Von den 55 zweimalig einbestellten Patienten wurden 34 zweimal für dieselbe Versicherung einbestellt und 21 für zwei unterschiedliche Versicherungen. Von den 5 dreimal einbestellten Patienten wurde einer immer für dieselbe Versicherung und 4 für zwei unterschiedliche Versicherungen einbestellt. Der einzig vierfach einbestellte Patient wurde von zwei verschiedenen Versicherungen geschickt.

Insgesamt 22 Patienten wurden nur einmal einbestellt und untersucht, obwohl mehrere Gutachten in Auftrag gegeben worden waren. Die Auftraggeber waren entweder unterschiedliche Versicherungen, oder es wurden mehrere Gutachten für dieselbe Versicherung angefertigt (siehe Abb.6).

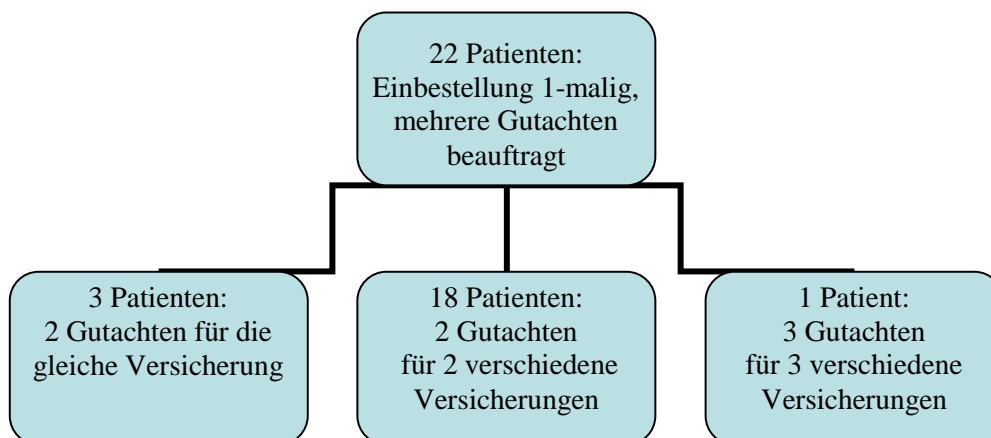


Abb. 6: Anzahl der Gutachten und der unterschiedlichen Versicherungsträger für Patienten die mehrere Gutachten erhalten haben, aber nur einmal einbestellt wurden.

Die Einbestellung von verschiedenen Versicherungsträgern kann aus unterschiedlichen Gründen zustande kommen:

- Der Versicherte hat einen Unfall erlitten, bei welchem die Haftpflichtversicherung einspringt und besitzt nebenbei noch eine private Unfallversicherung, welcher der Schaden ebenfalls bezüglich einer eventuellen Berufsunfähigkeit gemeldet wird.
- Der Versicherte ist Mitglied einer Berufsgenossenschaft und ist aufgrund eines Arbeitsunfalls erwerbsunfähig. Die jeweilige BG fordert ein entsprechendes Rentengutachten an; nach einer gewissen Zeitpanne zwischen zwei und vier Jahren wird möglicherweise ein zweites Rentengutachten oder eine Rentenachprüfung angefordert.
- Der Versicherte ist Mitglied einer BG, ist aber zugleich privat unfallversichert, um möglichen finanziellen Risiken vorzubeugen; somit fordert sowohl die zuständige BG, als auch die private Unfallversicherung ein Gutachten an.
- Der Versicherte selbst besteht auf eine weitere Untersuchung.

4.1.2 Einteilung der Patienten nach Alter und Geschlecht

Von den 711 Verunglückten, die in der unfallchirurgischen Abteilung an der Universitätsklinik Regensburg eine Begutachtung erhalten haben, waren 255 weiblich und 456 männlich. Prozentual entspricht dies einer Verteilung von 64% zu 36% zugunsten der Männer. Am meisten Patienten wurden begutachtet in den Jahren 2004 (157), 2003 (150) und 2002 (142). Seit 2004 geht die Anzahl der Begutachteten deutlich zurück.

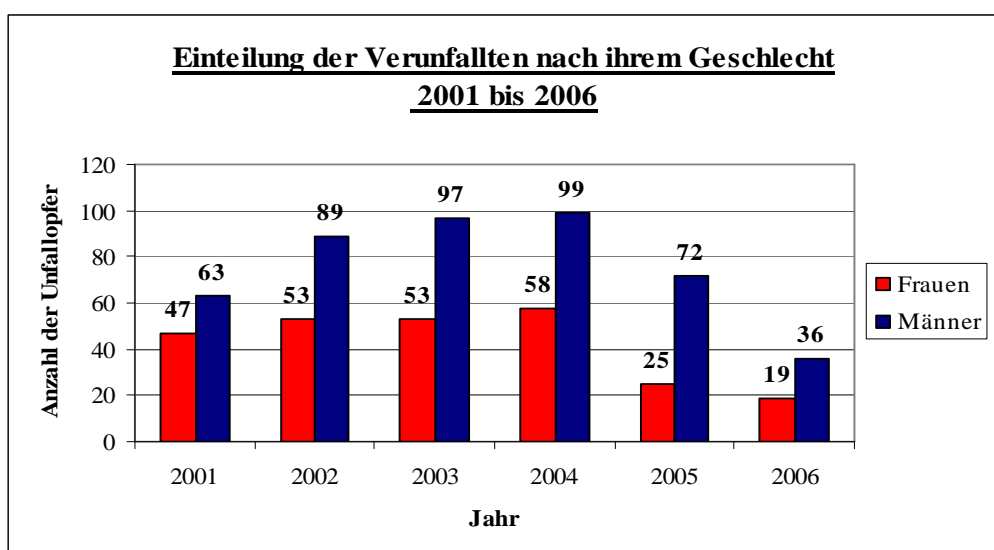


Abb.7: Anzahl der Begutachteten in den Jahren 2001 bis 2006, aufgeteilt nach Geschlechtern.

Bei der Altersverteilung der Verunfallten zeigt sich für Männer ein Altersgipfel zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr, für Frauen zwischen dem 30. bis 40. Lebensjahr. Der Median errechnete sich dabei für Männer bei 39 Jahren für Frauen bei 41 Jahren. Bis zum Alter von 70 Jahren überwiegt die Zahl der männlichen Begutachteten in jeder Altersgruppe die Zahl der weiblichen. Einzig bei den 70-80 jährigen überwiegt die Zahl der Frauen.

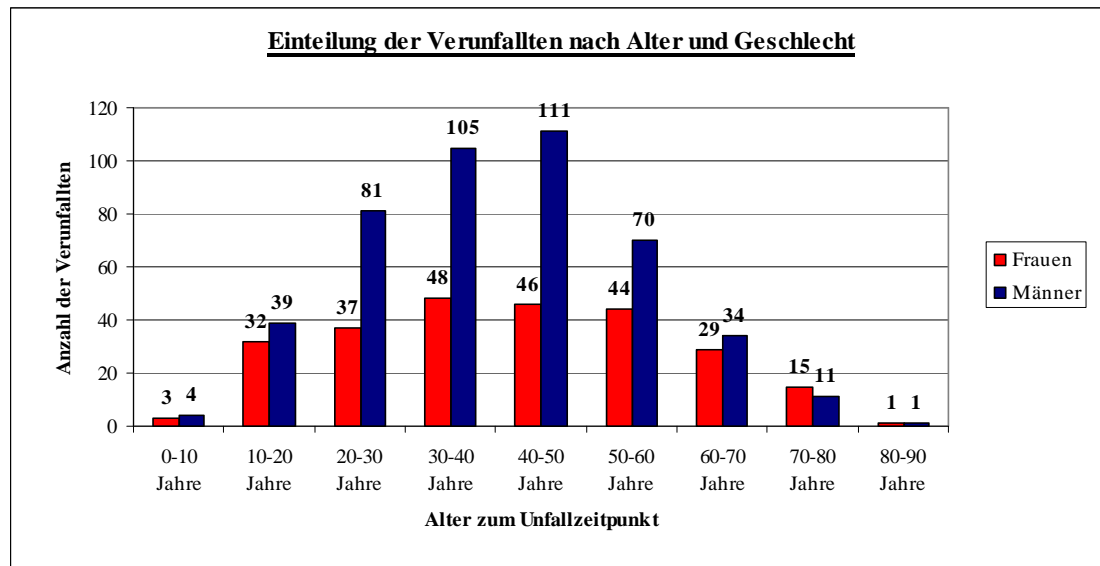


Abb. 8: Einteilung der Verunfallten in verschiedene Altersgruppen und nach Geschlecht.

4.1.3 Herkunft der Patienten

Von den insgesamt 813 Gutachten wurden 792 (98%) für Patienten aus dem bayerischen Raum angefertigt. Die vorherrschende Zahl für Patienten aus dem Raum Regensburg (402), gefolgt von der Region Amberg-Weiden (152). 117 Gutachten entfielen auf die Region Passau, 66 auf den Raum Landshut, gefolgt von der Region Ingolstadt (16) und Bayreuth (15). Auf alle anderen bayerischen Regionen kamen insgesamt 24 Gutachten.

Prozentual bedeutet dies, dass 87% der Patienten aus der PLZ-Region 9 (nordbayerischer Raum) kamen und weitere 11% aus der PLZ-Region 8 (nördliches Südbayern).

Die übrigen 2 Prozent (21 Gutachten) verteilten sich auf 14 für Patienten im Inland und 7 für Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

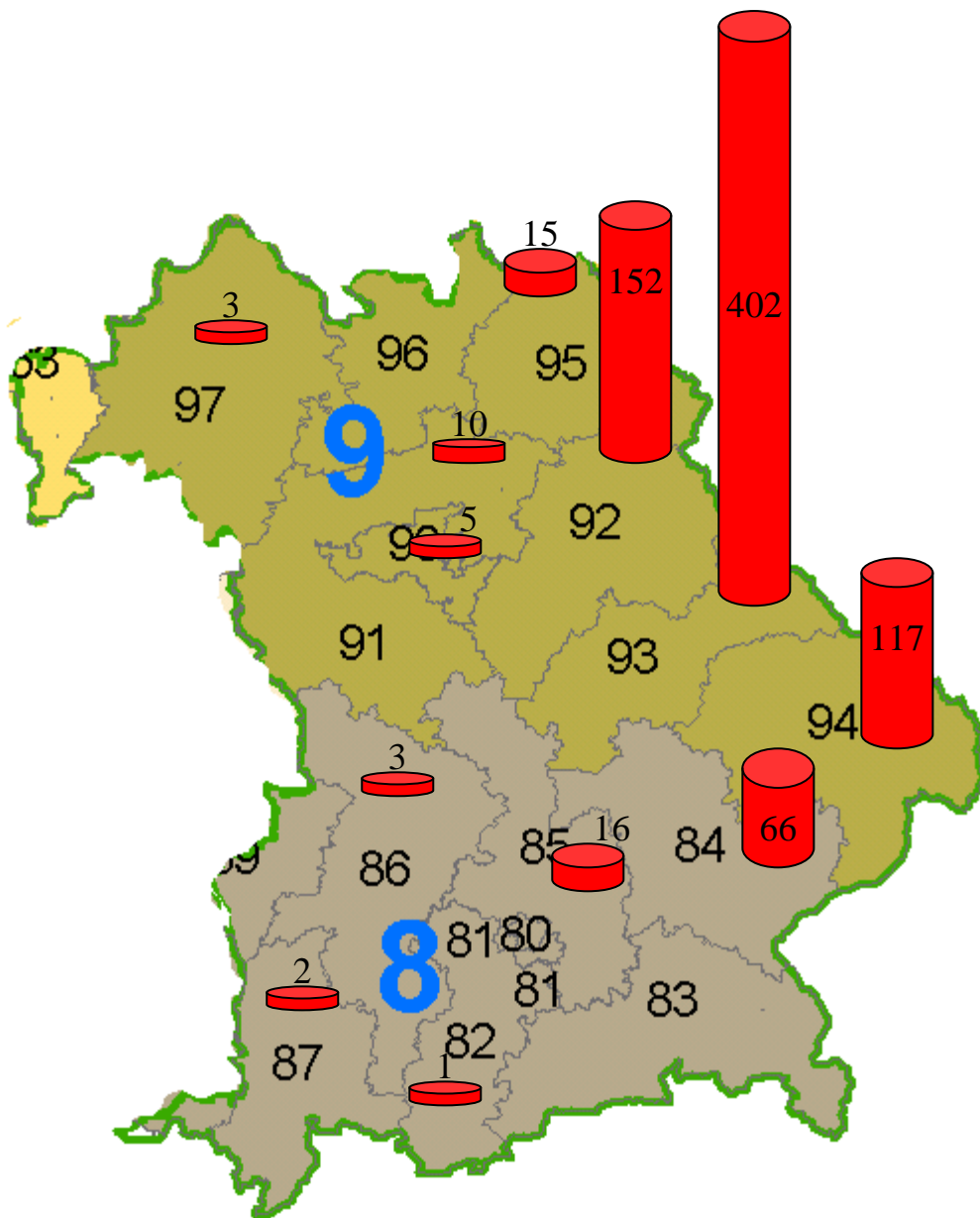


Abb. 9: Bayern eingeteilt in das seit 1993 geltende Zonen-Regionensystem (29). Die roten Säulen zeigen die Anzahl der Patienten aus den jeweiligen Regionen.

4.2 Differenzierung nach Art und Anzahl der Gutachten 2001 bis 2006

4.2.1 Anzahl der Gutachten 2001 bis 2006

Insgesamt wurden in der Abteilung für Unfallchirurgie der Universitätsklinik Regensburg in den Jahren 2001 bis 2006 813 unfallchirurgische Gutachten erstellt. Seit 2001 (115 Gutachten) kam es zu einer stetigen Steigerung der Gutachtenzahl mit einem Maximum in 2004 (182 Gutachten) und einem Abfall in 2005 (118) (siehe Abb.10). Für das Jahr 2006 kann keine endgültige Aussage bezüglich der Gesamtzahl an Gutachten getroffen werden, da die Auswertung in der zweiten Hälfte des Jahres beendet wurde. Abb.11 zeigt die durchschnittliche monatliche Gutachtenanzahl, die 2001 bei 10 Gutachten liegt, ein Maximum

2003 und 2004 mit jeweils 15 Gutachten erreicht und 2005 wieder auf 10 Gutachten pro Monat sinkt.

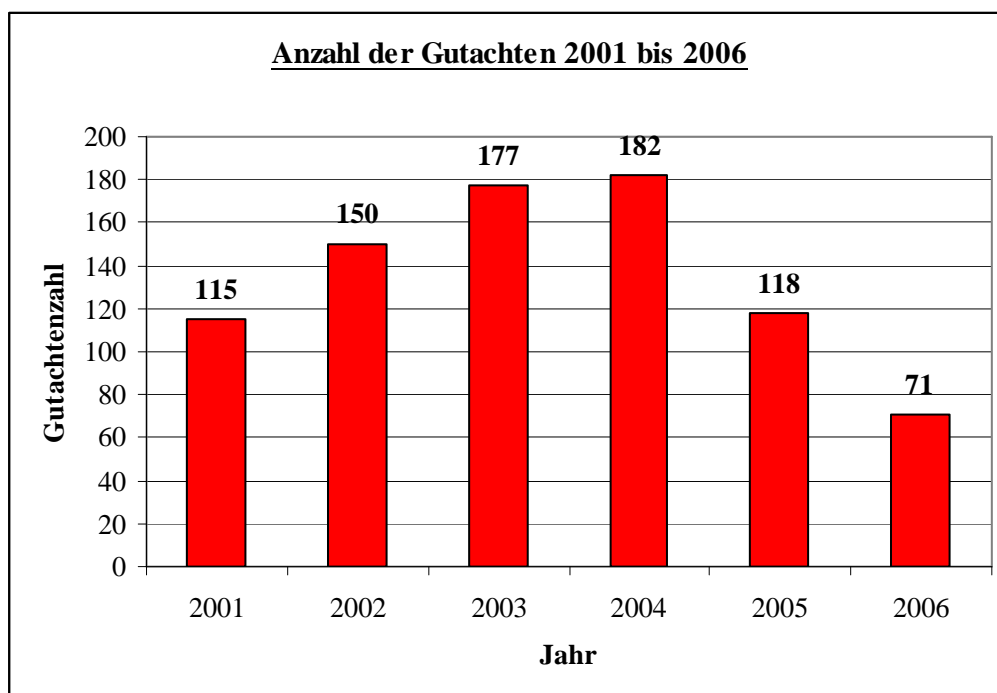


Abb. 10: Entwicklung der Gutachtenanzahl in der unfallchirurgischen Abteilung der Uniklinik Regensburg in den Jahren 2001 bis 2006

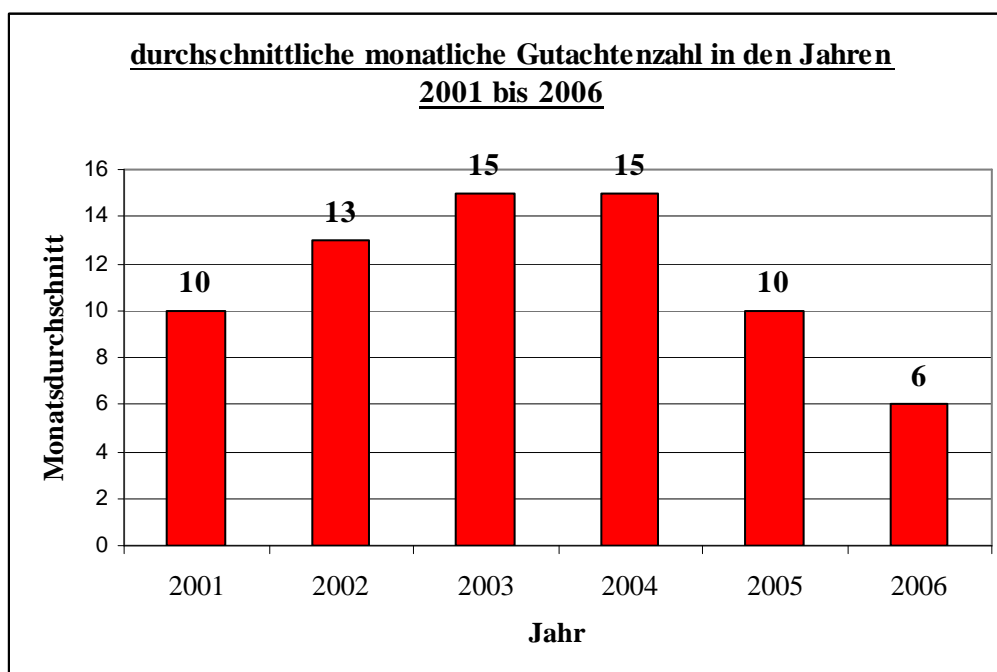


Abb. 11: Durchschnittliche monatliche Gutachtenzahl in der unfallchirurgischen Abteilung in den Jahren 2001-2006.

4.2.2 Auftraggeber der Gutachten

Die Auftraggeber für die Gutachten im Beobachtungszeitraum waren allen voran die privaten Unfallversicherungsträger (306 Gutachten), gefolgt von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (240 Gutachten) und den Haftpflichtversicherungen (224 Gutachten). Für diese 3 Auftraggeber wurden insgesamt 95% (absolut 770) aller Gutachten angefertigt. Für die restlichen 5% waren die Auftraggeber Gerichte (22), die Gutachter- und Schlichtungsstelle der BLÄK (11), Rechtsanwälte (5), Landratsämter (2) und eine Berufsunfähigkeitsversicherung (1). In 2 Fällen waren die Unfallchirurgischen Gutachten Zusatzgutachten für andere Fachbereiche.

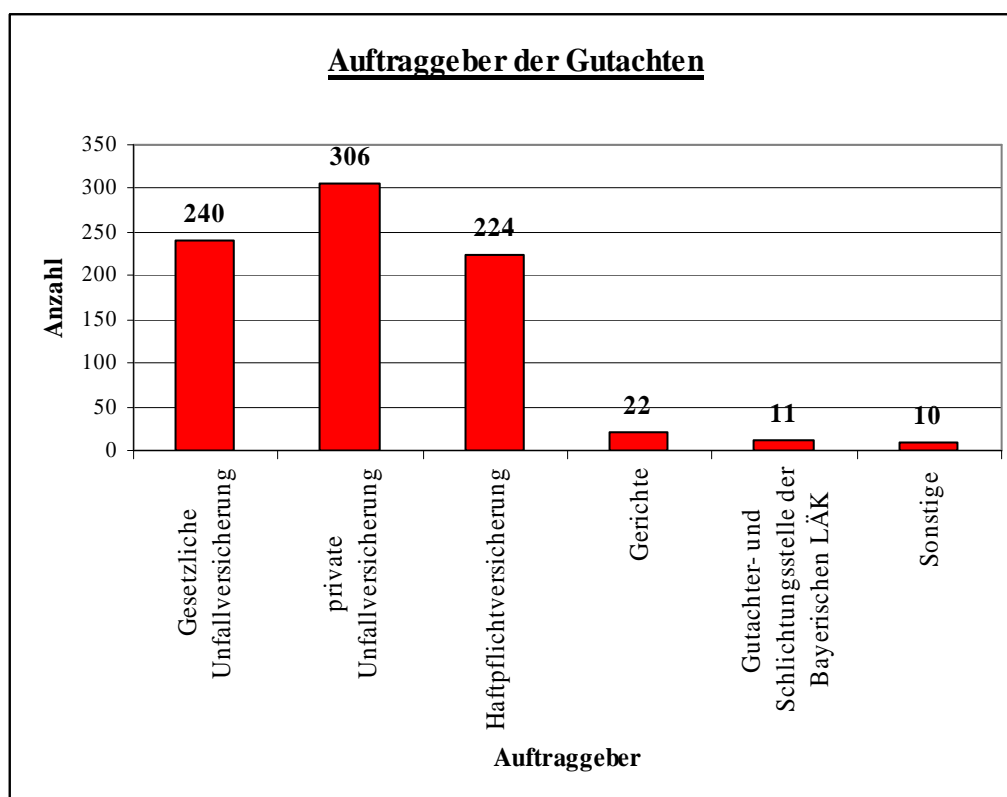


Abb. 12: Auftraggeber und Anzahl an Gutachten für die Auftraggeber in den Jahren 2001 bis 2006

4.2.3 Art der Gutachten

Mit einer Anzahl von 576 (71%) waren die freien Gutachten, die am meisten in Auftrag gegebene Gutachtenform. An zweiter Stelle standen die Rentengutachten (insgesamt 158, anteilmäßig 19%); dabei wurden 94 „Erste Rentengutachten“, 44 „Zweite Rentengutachten“ und 20 „Rentennachprüfungen“ angefertigt.

Auf den Plätzen folgen 44 Zusammenhangsgutachten, 22 Gerichtsgutachten, 11 Schlichtungsgutachten und 2 Folgegutachten.

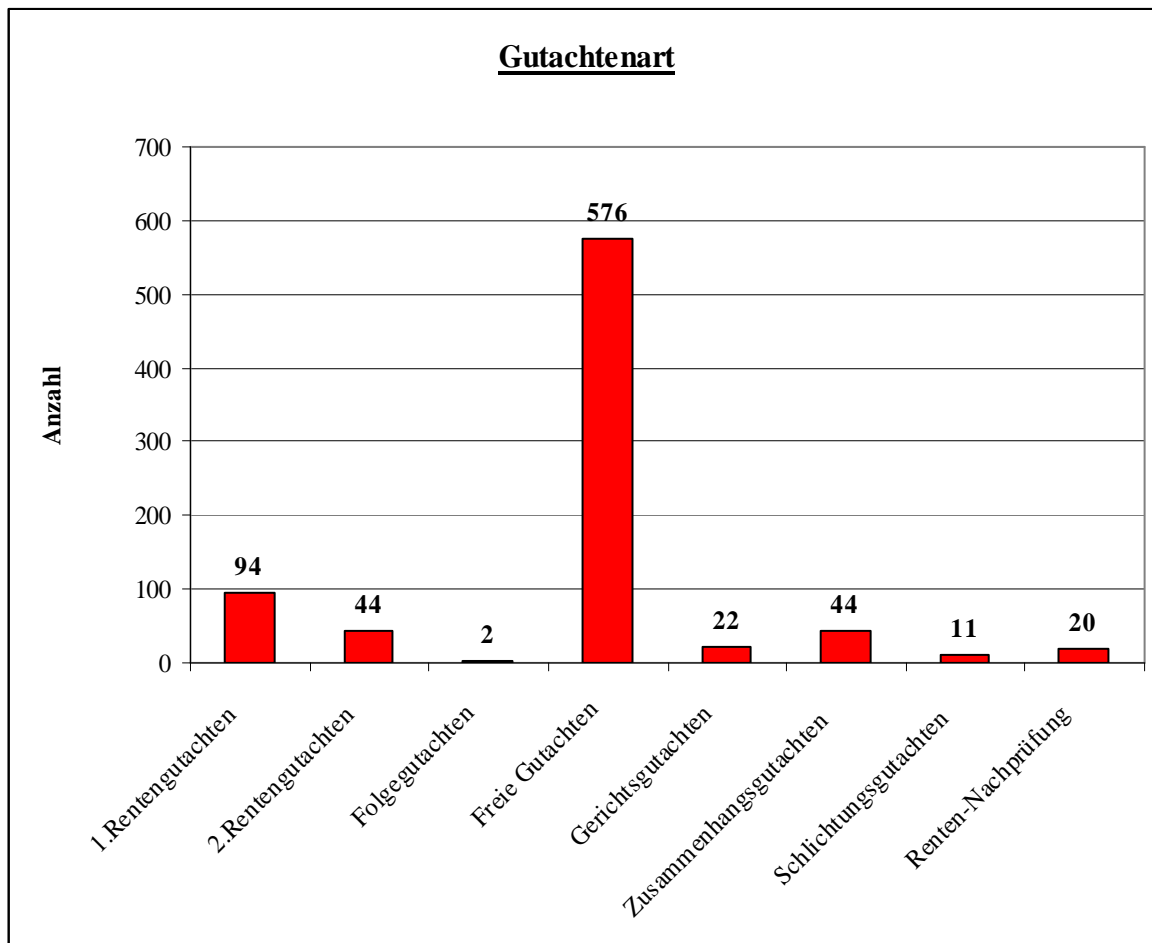


Abb. 13: Gutachtenarten und deren Anzahl im Zeitraum 2001 bis 2006

4.3 Zusatzgutachten aus anderen Fachbereichen

Oftmals war es erforderlich, andere Fachbereiche in die Gutachtenerstellung zu involvieren, um eine genaue Beurteilung des Verunfallten abgeben zu können. Daher forderte der unfallchirurgische Gutachter, in Absprache mit dem Auftraggeber, Zusatzgutachten aus anderen Fachbereichen an.

Bei einigen Patienten waren sogar mehrere Zusatzgutachten notwendig, um eine korrekte Einschätzung über den Zustand des Verunfallten vornehmen zu können. Abb.14 zeigt die Anzahl der Patienten und deren Anteil an den Gesamtbegutachteten des jeweiligen Jahres, die eine Zusatzbegutachtung erhalten haben.

Absolut und relativ am meisten Patienten erhielten ein Zusatzgutachten in 2001 (46 Patienten mit Zusatzgutachten, 42% aller Patienten). Obwohl die absolute Zahl der Patienten mit Zusatzgutachten in den Jahren 2003 und 2004 ähnlich groß ist (40, 42), ist ihr relativer Anteil, bei insgesamt deutlich mehr Begutachteten deutlich geringer (jeweils 27%). Im Jahr 2005 bleibt der relative Anteil an Zusatzgutachten in der gleichen Größenordnung (33%) bei

insgesamt weniger Begutachteten. Für die ausgewerteten Gutachten in 2006 beträgt der Anteil der Zusatzgutachten 38%. Insgesamt erhielten während der gesamten Zeit von 2001 bis 2006 206 Patienten ein Zusatzgutachten, das entspricht 29 % aller Patienten.

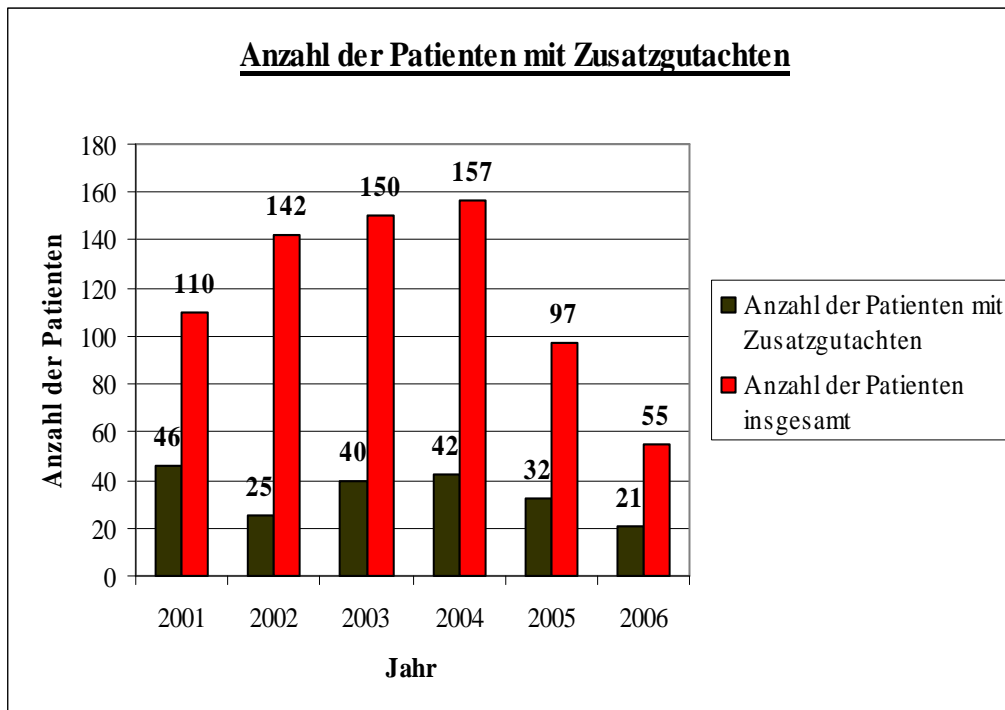


Abb. 14: Absolute Patientenzahlen und Anzahl der Patienten mit Zusatzgutachten in den Jahren 2001 bis 2006

Allein die Anzahl der in anderen Fachbereichen zusätzlich begutachteten Patienten sagt aber noch nichts über die tatsächliche Zahl der Zusatzgutachten aus. 37 Patienten erhielten Zusatzgutachten aus mehreren verschiedenen Fachbereichen. Insgesamt haben die 206 zusätzlich begutachteten Patienten so 265 Zusatzgutachten bekommen.

Abb.15 zeigt die jeweiligen Fachabteilungen in denen die Zusatzgutachten angefertigt wurden. Mit 47% führend waren Zusatzgutachten aus der Neurologie, gefolgt von der Radiologie (18%), der MKG (11%), der Augenheilkunde (5%) und der Inneren Medizin(3%). Die anderen Fachabteilungen wie HNO, Neurochirurgie, Urologie, Gynäkologie, Psychiatrie, Gefäß- und Handchirurgie kommen insgesamt auf 16%.

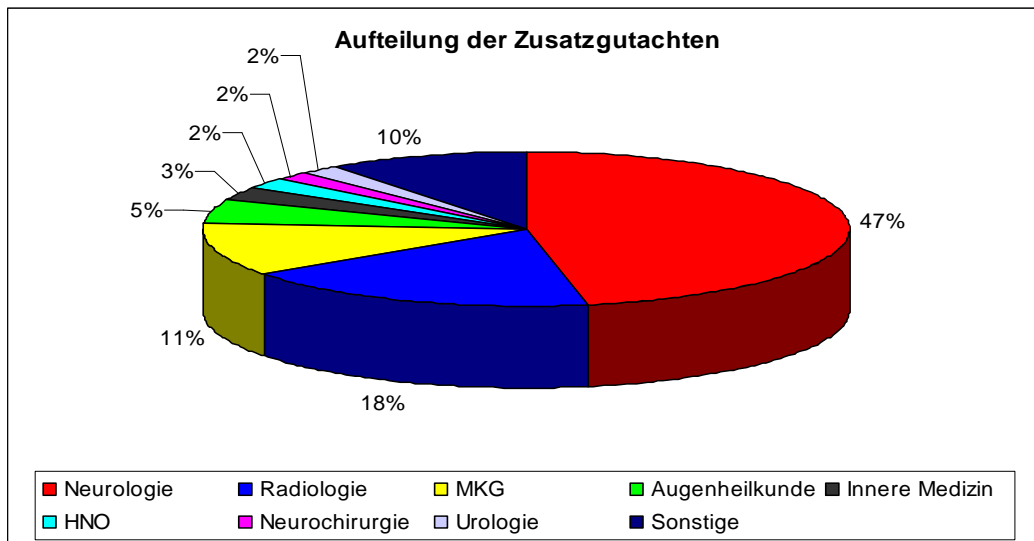


Abb.15: Aufteilung der Zusatzgutachten auf die unterschiedlichen Fachbereiche. Insgesamt wurden 265 Zusatzgutachten in Auftrag gegeben.

4.4 Der Gutachtenfluß an der Universitätsklinik Regensburg im Fach Unfallchirurgie im zeitlichen Überblick

Durchschnittlich 132 Tage vergingen zwischen Untersuchung und endgültiger Fertigstellung des Gutachtens, wenn man den Tag der Ausbezahlung des Gutachterhonorars als Abschluss gleichsetzt. Im Folgenden werden die Zeitspannen, die ein Gutachten bis zur Fertigstellung durchläuft näher betrachtet.

Nach Auftragseingang wird der Patient zur gutachterlichen Untersuchung in die unfallchirurgische Abteilung einbestellt. Im Durchschnitt vergingen dafür 95 Tage. Seit 2002 nahm die Zeitspanne bis zur Einbestellung laufend zu und erreichte mit durchschnittlich 154 Tagen im Jahr 2005 ein Maximum. Bei den 2006 bearbeiteten Gutachten wurde dieser Trend wieder durchbrochen, mit durchschnittlich 74 Tagen ist die Zeitspanne auf einem vergleichbaren Niveau wie 2002 (vgl. Abb. 16).

Nach der Untersuchung diktiert der Sachverständige seinen Gutachtenentwurf auf Kassette und leitet ihn, zusammen mit allen erforderlichen Unterlagen, wie Meßbögen u.Ä. ans Schreibbüro weiter. Dort werden alle Informationen zusammengefasst und der 1. Entwurf des vollständigen Gutachtens verfasst. Dieser geht dem Sachverständigen zur Korrektur zu. Für diesen Verwaltungsakt wurde 2001 im Jahresdurchschnitt 51 Tage benötigt. Im darauffolgenden Jahr konnten die Mitarbeiterinnen des Schreibbüros die Dauer auf 18 Tage reduzieren. Auch in den folgenden Jahren dauert dieser Vorgang konstant um die 20 Tage (vgl. Abb. 17).

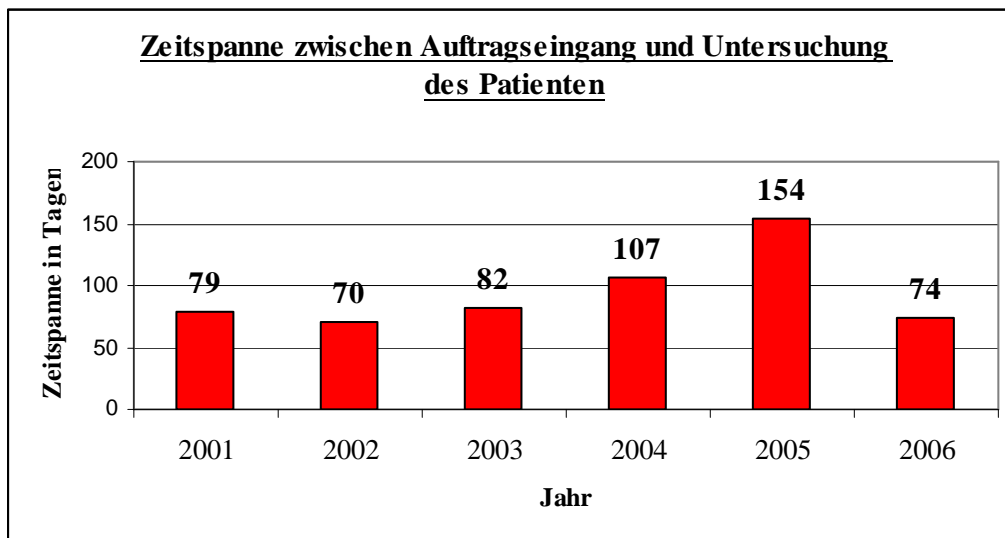


Abb. 16: Entwicklung der Zeitspanne zwischen Auftragseingang und unfallchirurgischer Untersuchung des Versicherten in den Jahren 2001-2006.

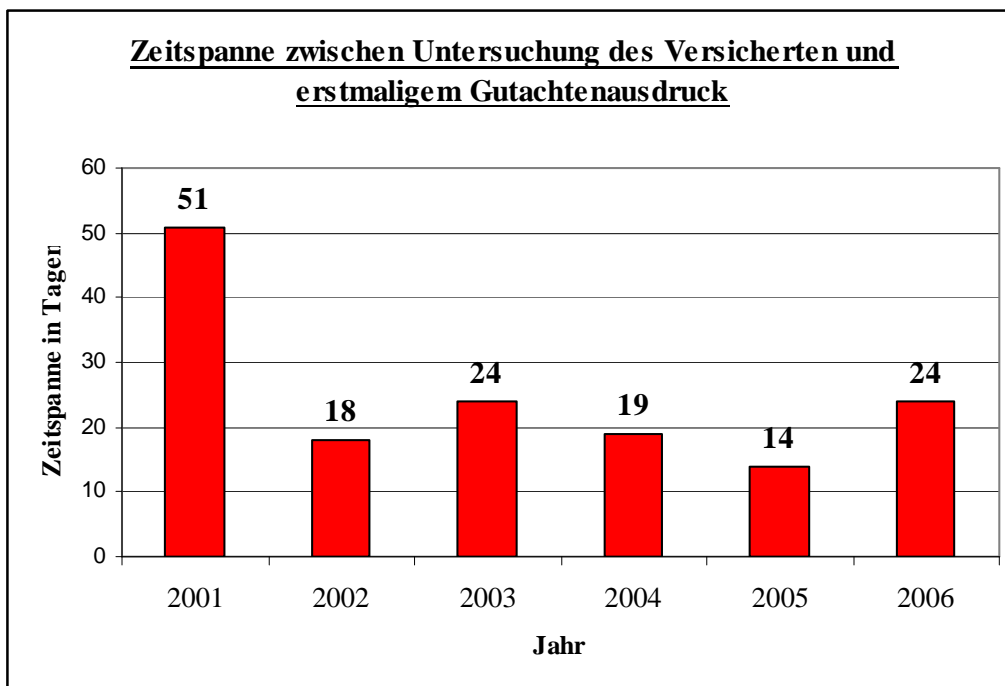


Abb. 17: Entwicklung der Zeitspanne zwischen Untersuchung des Versicherten und erstmaligem Gutachtenausdruck in den Jahren 2001-2006.

Nach der Erstkorrektur durch den Gutachter erfolgt eine Überarbeitung des Dokuments durch das Schreibbüro, welches das Gutachten im Anschluss an den Sachverständigen zurückgibt. Nun beginnt eine Phase von mehrmaligen Überarbeitungen durch den Gutachter und den zuständigen Oberarzt. Der Oberarzt ist es auch, der letztendlich entscheidet, wann das Gutachten fertig gestellt werden kann. In diesem Fall leitet er das Dokument an den Chefarzt weiter, der es nach Durchsicht abschließend unterzeichnet.

Insgesamt vergehen vom erstmaligen Gutachtenausdruck bis zur Unterzeichnung, und damit

Fertigstellung des Gutachtens, durchschnittlich 69 Tage. Weniger Zeit wurde dafür in den Jahren 2001 (49 Tage), 2004 (57 Tage) und 2006 (43) benötigt. 2005 (83 Tage) und 2002 (95 Tage) brauchte man hingegen deutlich länger (vgl. Abb. 18).

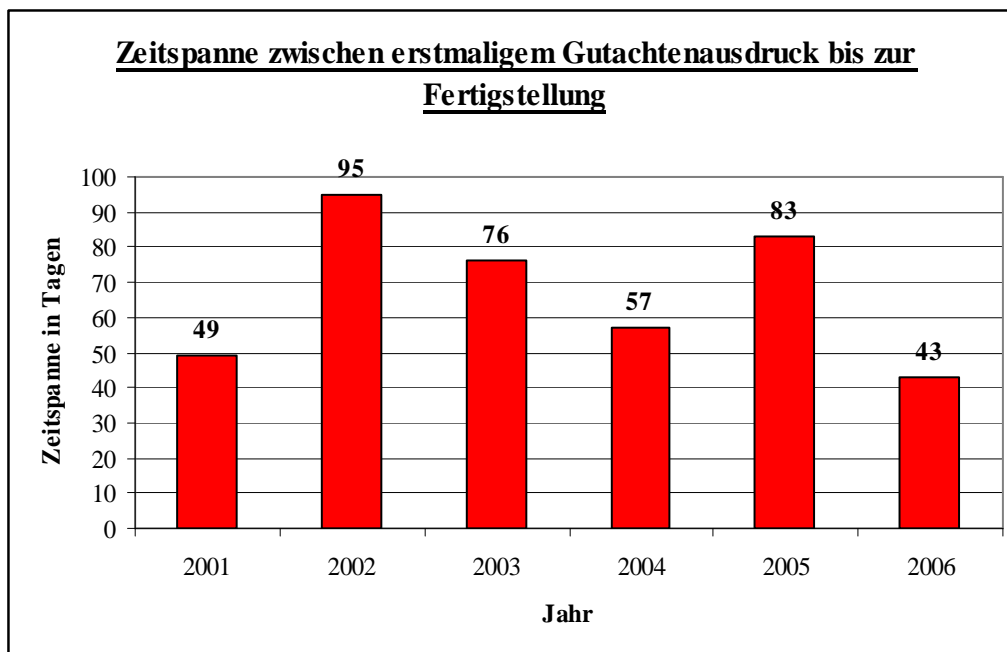


Abb. 18: Entwicklung der Zeitspanne zwischen erstmaligem Gutachtausdruck bis zur Unterzeichnung durch den Chefarzt (Fertigstellung des Gutachtens) in den Jahren 2001-2006.

Nach der Unterzeichnung des fertigen Gutachtens durch den Chefarzt, wird das Dokument an den jeweiligen Auftraggeber verschickt. Dieser prüft das Gutachten und meldet sich bei der Gutachterstelle falls Unklarheiten aufgetreten sind oder möglicherweise noch Ergänzungen notwendig sind. Akzeptiert der Auftraggeber das Gutachten, schließt mit dessen Honorarzahlung der gesamte Gutachtenfluß. Zwischen Fertigstellung des Gutachtens und Honorareingang sind in den Jahren 2001 bis 2006 im Durchschnitt 41 Tage vergangen. Diese Zeitspanne war im ganzen Beobachtungszeitraum relativ konstant, nur das Jahr 2003 fällt mit 73 Tagen deutlich aus dem Raster (vgl. Abb. 19).

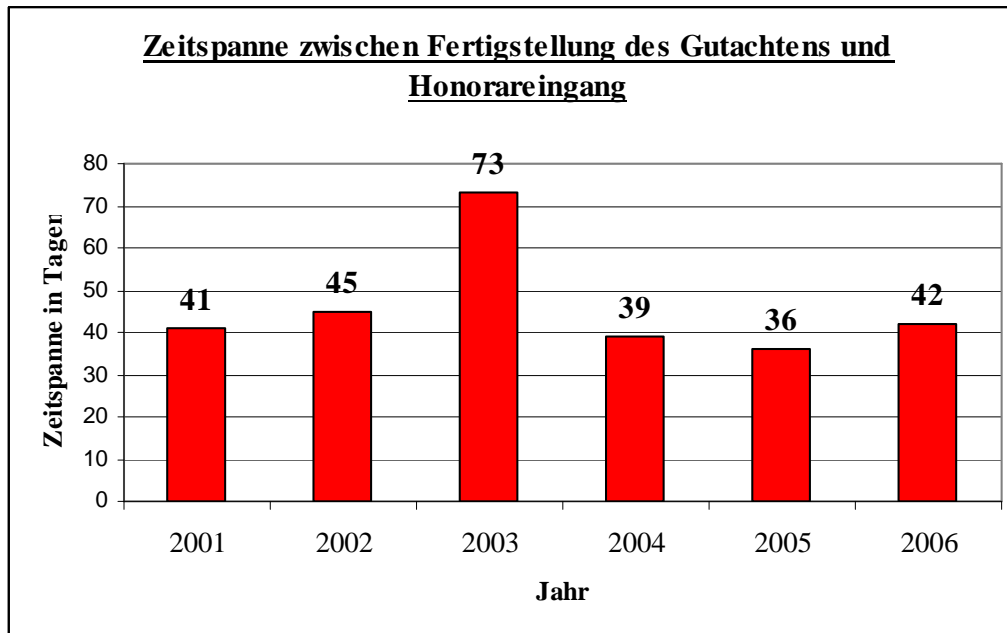


Abb. 19: Entwicklung der Zeitspanne zwischen Fertigstellung des Gutachtens bis zum Honorareingang in den Jahren 2001 bis 2006.

Betrachtet man abschließend die gesamte Dauer, die der Gutachtenfluss (vom Tag der Untersuchung des Patienten bis zum Honorareingang) in Anspruch nimmt, so kommt man auf durchschnittlich 132 Tage. Dieser Wert blieb 2001 bis 2006 relativ konstant, nur 2003 wurde deutlich mehr Zeit benötigt (228 Tage). Am schnellsten lief der Gutachtenfluss 2006 ab, zu beachten ist bei der Aussage allerdings, dass das Jahr 2006 nicht vollständig ausgewertet wurde (vgl. Abb. 20).

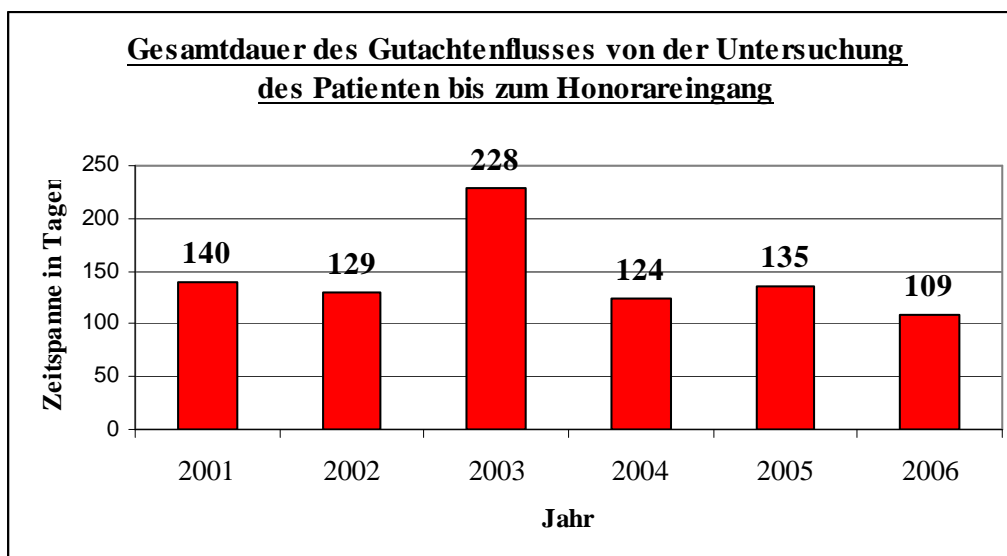


Abb. 20: Gesamtdauer des Gutachtenflusses von der Untersuchung des Patienten bis zum Honorareingang in den Jahren 2001 bis 2006.

4.5 Rückfragen zu den erstellten Gutachten

In 47 Fällen der insgesamt 813 Gutachten (5,8%) kam es zu sog. Rückfragen durch den Auftraggeber. Darunter zu verstehen sind ergänzende Fragen zum Sachverhalt, zusätzlich gewünschte Stellungnahmen oder die Aufforderung zur Beschleunigung des Gutachtenflusses. Abb.21 zeigt die prozentuale Aufteilung der Rückfragen auf die unterschiedlichen Bereiche.

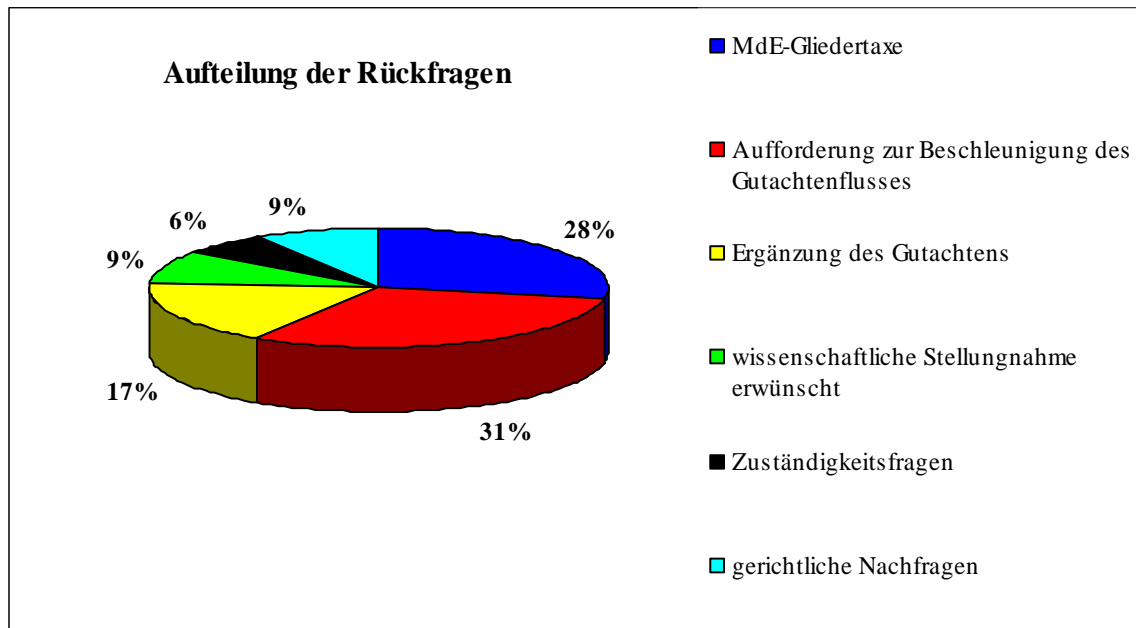


Abb. 21: Einteilung der Rückfragen nach dem jeweiligen Anlass in Prozent.

Die meisten Rückfragen (31%) zielten auf eine Beschleunigung der Begutachtung ab. Während dies in den meisten Fällen lediglich einer formalen Aufforderung gleich kam, wurden in einigen wenigen Fällen Ordnungsgelder gegen die begutachtende Stelle verhängt, oder es wurden berufsrechtliche Maßnahmen durch den ärztlichen Bezirksverband angedroht. Die beiden zuletzt erwähnten Maßnahmen waren jedoch ausschließlich den Fällen vorbehalten, wo nach mehrmaliger Aufforderung innerhalb einer bestimmten Frist kein Gutachten beim Auftraggeber eingegangen war.

Mit 28% an zweiter Stelle waren Rückfragen zur Festlegung der MdE bzw. Gliedertaxe. Hierbei ging es meistens um die endgültige Festsetzung der Beeinträchtigung. Nur in einem Fall war der Patient nicht mit seiner Einstufung einverstanden und forderte eine erneute Begutachtung ein.

Um eine Ergänzung, meist mit beigelegtem Fragekatalog zum angeforderten Gutachten, wurde in 17 % der Nachfragen gebeten.

Des Weiteren wurden in 9% wissenschaftliche Stellungnahmen angefordert, um

Zusammenhänge besser darzustellen, Auskunft über mögliche Behandlungsfehler zu geben oder Unfallfolgen besser bewerten zu können.

Den gleichen Anteil (9%) machten Rückfragen von Gerichten aus, die entweder Sachstandmitteilungen forderten, den Sachverständigen zur Vernehmung vorgeladen hatten oder Gutachten zum endgültigen Beweisschluß in Auftrag gaben.

In 6% der Rückfragen ging es um die Zuständigkeit des Versicherungsträgers. Im Mittelpunkt dabei stand immer die Frage, ob die gesundheitliche Beeinträchtigung tatsächlich als Folge des aktuellen Unfalles zu sehen ist, oder ob es sich nur um eine Verschlimmerung von Vorerkrankungen handelte. Im zweiten Fall wäre der Versicherer nicht für die finanzielle Unterstützung des Versicherten zuständig.

4.6 Unfall-, Begleit- und Nebendiagnosen

Im Folgenden werden alle erfassten Diagnosen der Begutachteten näher analysiert. Zunächst die aktuellen Unfalldiagnosen, dann die unfallassozierten Nebendiagnosen, die unfallunabhängigen Begleitdiagnosen sowie alle aufgetretenen Unfallfolgediagnosen. Um die grosse Zahl aller Diagnosen etwas anschaulicher darstellen zu können, wurden diese mit Hilfe des ICD-10-GM Version 2007 Verzeichnisses verschlüsselt und waren somit leichter einzuteilen.

4.6.1 Unfalldiagnosen

Von insgesamt 2616 Unfalldiagnosen entfielen 2229 Diagnosen (85%) in die ICD Gruppe S00-T98 „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“. 190 Unfalldiagnosen (7%) wurden in die Gruppe M00-M99 „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ eingeordnet. Insgesamt 92% aller Unfalldiagnosen sind in diesen beiden Gruppen zu finden (siehe Abb.22). Zur Vervollständigung werden die in Abb.22 als „Sonstige“ bezeichneten Gruppen und deren Anzahl an Unfalldiagnosen in Abb.23 weiter aufgesplittet.

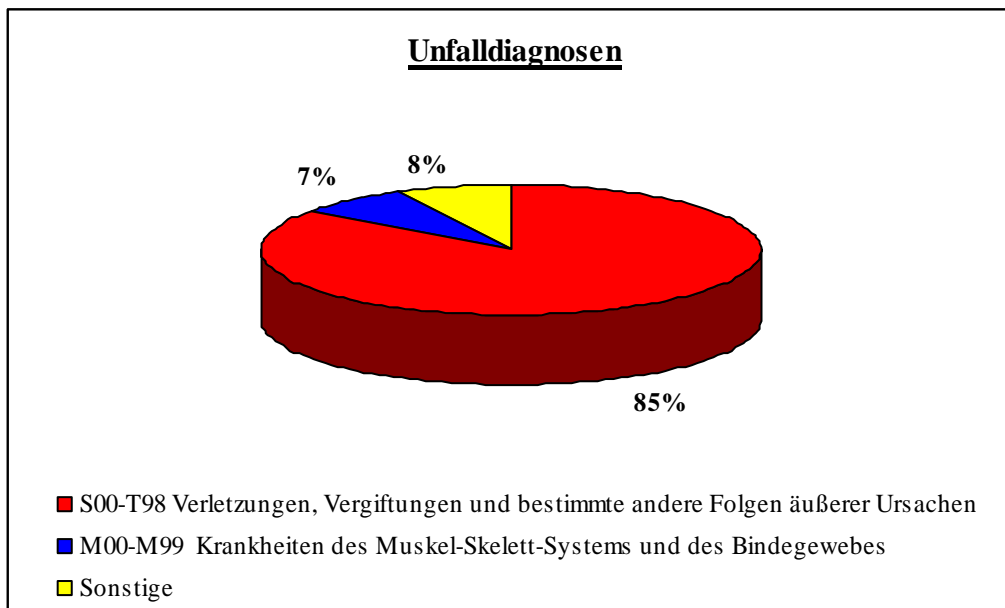


Abb. 22: Prozentuale Aufteilung der häufigsten ICD-Kategorien, denen die Unfallhauptdiagnosen zugeordnet wurden.

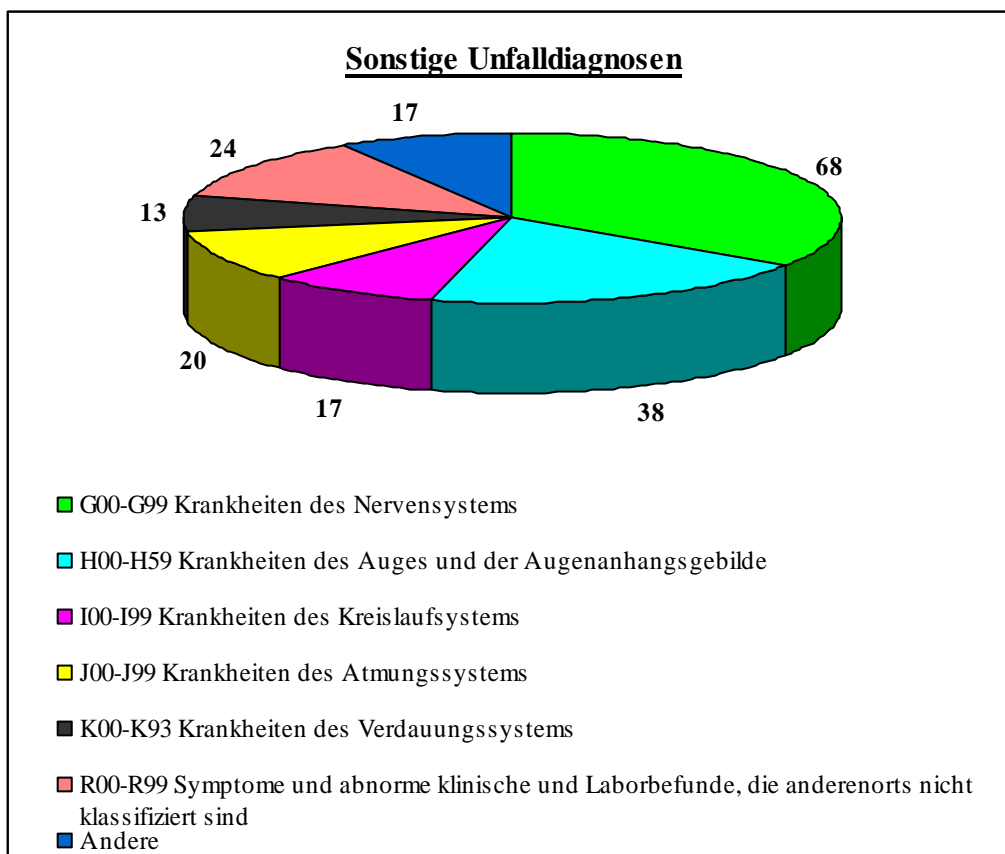


Abb. 23: Unterteilung der Kategorie Sonstige (8%) aus Abb. 22 in die weiteren Unfalldiagnosen nach Häufigkeit.

Wie bereits erwähnt stammen 85% der Unfalldiagnosen aus der Kategorie S00-T98 „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“. Nach

Aufsplitterung in die jeweiligen Unterkategorien zeigt sich, dass die Verletzungen des Knies und der Unterschenkel am häufigsten waren (380), gefolgt von Verletzungen des Kopfes (359). An dritter Stelle stehen die Verletzungen des Thorax (274), dann folgt die Gruppe „Verletzungen des Abdomens, LWS, Becken und Lumbosakralgegend“ (272). Tab.2 gibt einen vollständigen Überblick über die Unterkategorie S00-T98 mit der Anzahl der Unfalldiagnosen.

S00-S09	Verletzungen des Kopfes	359
S10-S19	Verletzungen des Halses	113
S20-S29	Verletzungen des Thorax	274
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, LWS, Becken und Lumbosakralgegend	272
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	188
S50-S59	Verletzungen des Unterarmes und des Ellenbogens	147
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	63
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	109
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	380
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	173
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	93
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes , der Extremitäten oder anderer Körperregionen	47
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung	1
T20-T32	Verbrennungen oder Verätzungen	7
T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	2
T80-T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung anderenorts nicht klassifiziert	1
M00-M25	Arthropathien	65
M40-M54	Krankheiten der WS und des Rückens	41
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	73
M80-M94	Osteopathien und Chondropathien	8
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	3

Tab. 2: Detailliertere Darstellung der häufigsten Unfalldiagnosen aus den Gutachten von 2001 bis 2006 nach der ICD-10.

4.6.2 Nebendiagnosen des Unfalles

Nebendiagnosen des Unfalls sind Erkrankungen oder Komplikationen, die zeitlich eng an das aktuelle Unfallgeschehen gebunden sind. Wie z.B. posttraumatische Wundinfektionen, Blutungen oder psychische Verhaltensauffälligkeiten. Abb.24 zeigt die ICD-10 Kategorien, in die die unfallassozierten Nebendiagnosen eingeordnet werden konnten.

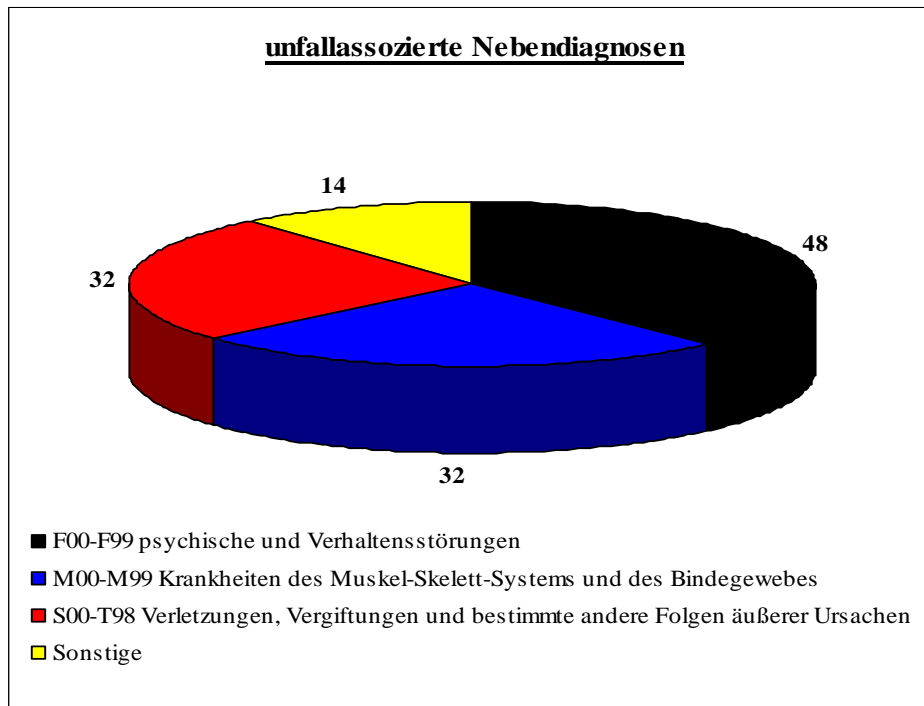


Abb. 24 : Einteilung aller unfallassoziierter Nebendiagnosen in die Hauptgruppen der ICD-10-GM 2007.

In der grössten Gruppe (F00-F99 psychische und Verhaltensstörungen) der unfallassozierten Nebendiagnosen standen „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ sowie „affektive Störungen“ im Vordergrund. Den Großteil der Gruppe M, machten infektiöse und entzündliche Arthropathien aus. Dominierend in Gruppe S00-T98 waren „bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas“, wie z.B. traumatische Muskelischämie, traumatisch bedingte sekundäre oder rezidivierende Blutungen oder posttraumatische Wundinfektionen. Die Kategorie „Sonstige“ umfasste Blut-, Kreislauf-, Stoffwechsel-, Nerven-, Haut- und Urogenitalkrankheiten.

4.6.3 unfallunabhängige Begleitdiagnosen

43% aller Begutachteten litten bereits vor dem Unfallgeschehen an chronischen Erkrankungen. Diese Begleitdiagnosen konnten in vielen Fällen den Verlauf der Unfallverletzung verschlimmern oder die Ausheilung verzögern. Die genaue Kenntnis über

die Vorerkrankungen war jedoch auch zur Beantwortung der Frage notwendig, ob die aktuelle Beeinträchtigung direkt als Unfallfolge anzusehen ist, oder aber ob sie in erster Linie auf die Vorerkrankung zurückzuführen ist. Gerade diese Frage spielt für die Begutachtung eine entscheidende Rolle.

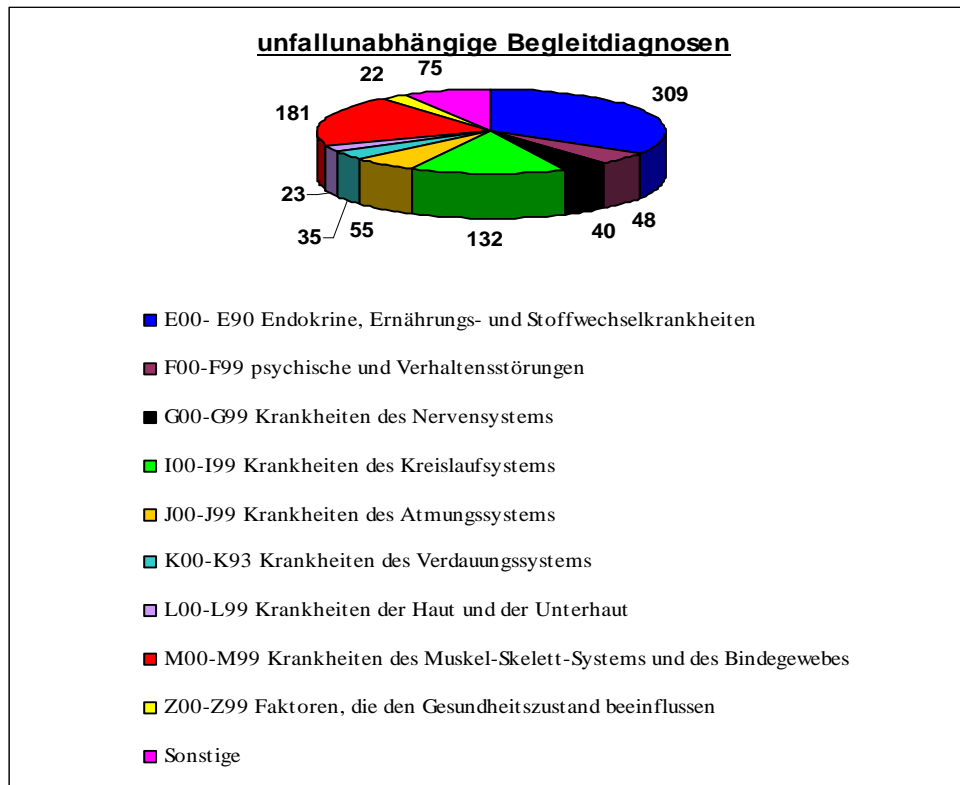


Abb. 25: Aufteilung der häufigsten ICD-Kategorien, denen die unfallunabhängigen Begleitdiagnosen zugeordnet wurden nach Anzahl der Diagnosen.

Die häufigsten Begleitdiagnosen (309) konnten in die ICD-10 Gruppen „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ eingeordnet werden (vgl. Abb.25). In dieser Gruppe überwiegte mit 74% die Adipositas, gefolgt von den Schilddrüsenerkrankungen und dem Diabetes mellitus. Weitere internistische Begleiterkrankungen waren v.a. „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (132), hier fiel am häufigsten die arterielle Hypertonie.

Besonders wichtig waren die Begleitdiagnosen bei den 181 Patienten, die bereits vor dem Unfall an „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebe“ litten. Häufigste Diagnosen waren hier Arthropathien und Wirbelsäulenerkrankungen. Wichtiger Bestandteil der Begutachtung war bei diesen, bereits orthopädisch vorerkrankten Patienten, ob die aktuell geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen wirklich direkt auf das Unfallereignis zurückzuführen sind.

Die übrigen Begleitdiagnosen waren deutlich seltener, erwähnenswert sind noch die „Krankheiten des Atmungssystems“ und neurologische oder psychiatrische Vorerkrankungen.

4.6.4 Unfallfolgediagnosen

Aus der Vielzahl direkter Unfallverletzungen entwickeln sich im Laufe der Zeit oft folgenschwere Gesundheitsbeeinträchtigungen, die man unter den Unfallfolgediagnosen einordnet. Diese Folgeerkrankungen spielten oft eine entscheidende Rolle für die Begutachtung, da sie häufig chronisch verlaufen und die Patienten über viele Jahre hinweg belasten. Bis zur vollständigen Ausprägung dieser Erkrankungen vergehen meist Monate bis Jahre. Da zwischen dem Unfallgeschehen und der Begutachtung ebenfalls eine längere Zeitspanne liegt, sind diese Erkrankungen in der gutachterlichen Untersuchung meist deutlich zu erkennen und der Verlauf kann abgeschätzt werden.

Vorherrschend bei den von 2001 bis 2006 untersuchten Patienten waren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (vgl. Abb. 26).

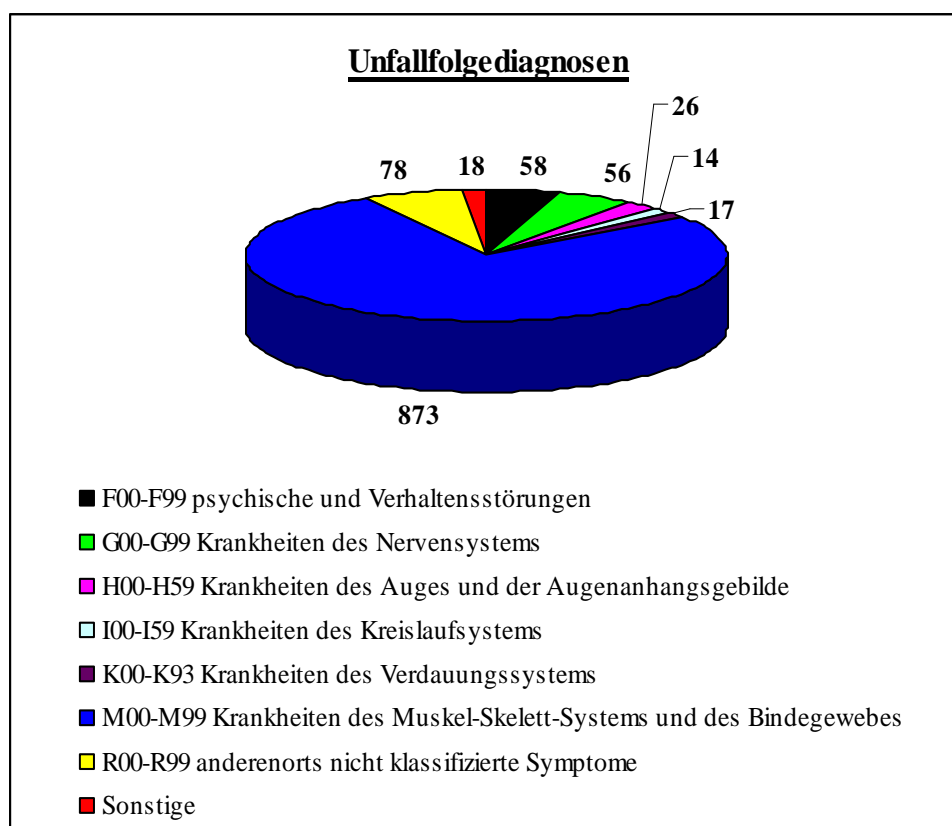


Abb. 26: Einteilung der Unfallfolgediagnosen anhand der ICD10-GM2007.

In dieser dominierenden Kategorie M00-M99 waren hauptsächlich (58%) „Krankheiten des Weichteilgewebes“, wie z. B. Schulterläsionen, Bursopathien, Fibromatosen, chronische Schmerzen der oberen und unteren Extremitäten, Muskelschwund und –atrophie und zu 27% posttraumatische Arthropathien vertreten. Die restlichen 15% dieser Kategorie bestanden aus „Krankheiten der WS und des Rückens“ sowie „Osteopathien und Chondropathien“. Die

Gruppe der „anderenorts nicht klassifizierten Symptome“ R00-R99 beinhalteten am häufigsten „Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen“ (37%), d.h. verschiedene Formen von Sensibilitätsstörungen der Haut, wie z. B. Parästhesien oder Hypästhesien. Des Weiteren zu (36%) „Symptome, die das Kreislauf- und das Atmungssystem betreffen“, wie Dyspnoe, Brustschmerzen und Störungen der Atmung. Die übrigen 27% teilten sich in Symptome, die das Nervensystem, das Harnsystem, das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen sowie die Sprache und Stimme betreffen auf. Die Gruppe G ließ sich hauptsächlich in „episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems“ und „Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus“ einteilen. In der Kategorie F00-F59 dominierten „symptomatische psychische Störungen“, „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“, „affektive Störungen“ und „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“. In die Kategorie Sonstige entfielen Krankheiten der Haut, Infektionskrankheiten und Krankheiten des Urogenitalsystems.

4.7 Therapiemaßnahmen

4.7.1 Therapie der Unfallverletzungen

Die Versorgung der bei einem Unfall zugezogenen Verletzungen kann entweder rein konservativ erfolgen, oder aber es sind operative Eingriffe notwendig.

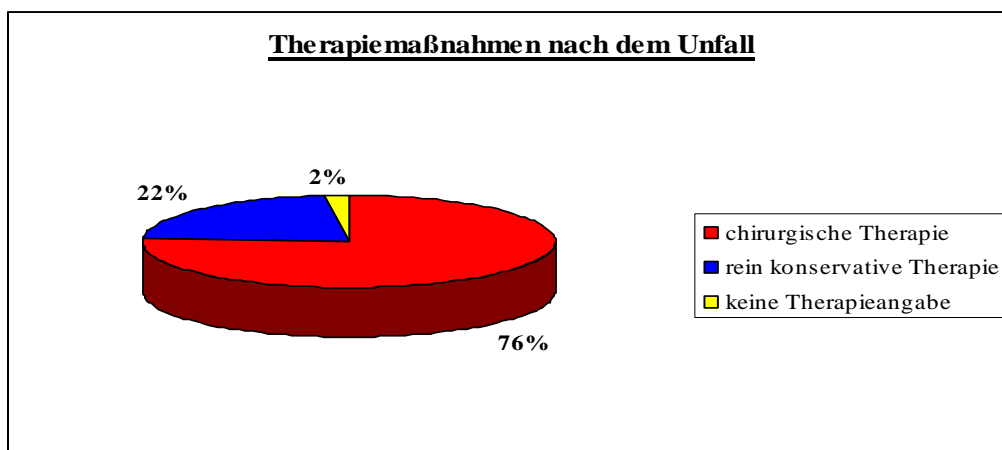


Abb.27: Prozentuale Einteilung nach Art der therapeutischen Vorgehensweise bei allen von 2001 bis 2006 begutachteten Patienten.

76% aller Patienten waren initial einer chirurgischen operativen Therapie zugeführt worden, 22% wurden nach dem Unfall rein konservativ orthopädisch behandelt (siehe Abb.27).

Einteilung der Therapiemaßnahmen nach anatomischen Gesichtspunkten:

Um einen genaueren Überblick über die durchgeführten Therapiemaßnahmen zu erhalten wurden diese anhand ihrer anatomischen Lage oder, bei nicht exakter Angabe der behandelten Körperregion, nach ihrem Fachgebiet eingeteilt (siehe Tab. 3).

<u>Anatomische Lage</u>	<u>Therapiemaßnahme</u>	<u>Anzahl der Maßnahmen</u>
Kopf/Hals	Tracheotomie	11
	Drucksonde Rehau-Typ	7
	Commotio cerebri-Beh. konservativ	6
	Zahnextraktion	4
	Frontobasisrevision	3
	Hirndrucksonde	3
	Intermaxilläre Fixation	3
	Zahnersatz	3
	Retinaculumnaht	2
	UK-Reposition	2
	Augenparacentese	1
	Duraerweiterungsplastik	1
	Glasaugenanfertigung	1
	Hinterkammerlinsenimplantat	1
	Hörgerätverordnung	1
	Kieferhöhlenendothese	1
	Kortikotomie	1
	Kraniotomie	1
	Pansinus-Op	1
	Proc.coronoideus Fixation	1
	prothetische Versorgung	1
	Rhinoplastik	1
	Skleranaht	1
	Schädeldachplastik	1
	Tinnitusbehandlung rheologisch	1
	Tympanoplastik	1

<u>Anatomische Lage</u>	<u>Therapiemaßnahme</u>	<u>Anzahl der Maßnahmen</u>
Wirbelsäule	Spondylodese	31
	dorsale WS-Stabilisierung	24

	Arthrodesse	12
	Hemilaminektomie/Laminektomie	11
	Schanz'sche Halskrawatte	9
	fixateur intern	8
	Dreipunkt-Korsett	4
	ventrale Dissektomie	4
	Anlage Halofixateur	3
	Vertebroplastik	3
	Transfixation WK	2
	Bandscheibenentfernung	1
	Lordosekissen	1
	Vertebrektomie	1
	WS-Versteifung	1

<u>Anatomische Lage</u>	<u>Therapiemaßnahme</u>	<u>Anzahl der Maßnahmen</u>
Becken	Beckenk.-Spongiosaplastik	9
	TEP-Hüfte	9

<u>Anatomische Lage</u>	<u>Therapiemaßnahme</u>	<u>Anzahl der Maßnahmen</u>
Obere	Rotatorenmanschettenrefixation	25
Extremitäten	Oberarmgips	15
	Gilchristverband	14
	Bursektomie	12
	Unterarmgehstützen	11
	Akromioplastik	10
	Bizepssehnenentolyse	10
	Akromioklavikulargelenksresektion	8
	Gips Unterarm	5
	Schulterreposition	5
	Neurolyse N. radialis	4
	UHN	4
	Reponation in Analgesie	3
	Neurolyse plexus brachialis	2
	Orthomed-Schiene Hand	2
	Abduktionsorthese	1
	Brace am Oberarm	1
	Desaultverband	1
	Ellenbogengelenkstransfixation	1
	Humeruskopfprothese	1
	Limbusrefixation	1
	Neurolyse N. ulnaris	1

	Ringbandsplattung	1
	TEP-Ellenbogen	1
	Ulnaköpfchenresektion	1

<u>Anatomische Lage</u>	<u>Therapiemaßnahme</u>	<u>Anzahl der Maßnahmen</u>
Untere	Arthroskopie	102
Extremitäten	Kreuzbandplastik	36
	Gipsschiene	22
	Innenmeniskusteilresektion	22
	Knorpelglättung	21
	UFN	20
	UTN	18
	Bandnaht	16
	PDS-Augmentation	14
	Gips Bein	13
	McLaughlin-Cerclage	9
	Aussenmeniskus-OP	8
	Donjoy-Schiene	8
	Gipslonguette	8
	Semitendinosustransplantation	8
	Syndesmosenrevision	8
	Sehnennaht	7
	Arthrotomie	6
	Hämarthros-Punktion	6
	Strahlresektion tarsometatarsal	6
	Aircast-Schiene	5
	Arthrolyse	5
	Braunsche Schiene	5
	Exostosenabtragung	5
	Patellaraffung	5
	USS	5
	laterales Release Knie	4
	Meniskusteilresektion	4
	Patellarteilresektion	4
	Seitenbandrefixation	4
	TEP-Knie	4
	Vacoped-Schuh	4
	Bandplastik	3
	Notch-Plastik	3
	Vorfußentlastungsschuh	3
	Achillessehnennaht	2
	Chondroplastik	2

	Entfernung freier Gelenkkörper	2
	Gelenkkörperentfernung Knie	2
	Hämatomrevision im KG	2
	Kniegelenkschiene	2
	Patellaluxations-Op	2
	PFN	2
	Unterschenkelamputation	2
	Amputation einer Gliedmaße	1
	Bandapparatrekonstruktion offen	1
	Beinprothese	1
	Emmet-Plastik	1
	Gelenkslavage	1
	Kniegelenksorthese	1
	Kniegelenkspunktion	1
	Kniegelenksschiene	1
	Malleotrain-Bandage	1
	Neurolyse N. ischiadus	1
	Pflasterzügelverband	1
	Phlebographie	1
	Plicaresektion	1
	Pyrocarbonprothese Großzehe	1
	Rearthroscopie/Verwachsungen	1
	Spaltung Peroneusläsion	1
	Tibiakopfumstellung	1
	Veneninterponat	1

<u>Anatomische Lage</u>	<u>Therapiemaßnahme</u>	<u>Anzahl der Maßnahmen</u>
Rumpf/Thorax	Thoraxdrainage	32
Abdomen	Camp Korsett	10
	Laparotomie	9
	Splenektomie	9
	Jet-Lavage	6
	Blasenkatheter	5
	Cholezystektomie	5
	Lebernaht	4
	Thoraxabduktionskissen	4
	Dünndarmsegmentresektion	3
	Rucksackverband	3
	Leberexcision	2
	Pneumoniebehandlung	2
	Zystektomie	2

	Adhäsiolyse	1
	Blasennaht	1
	Dialyse	1
	Endostent	1
	Entfernung Gebärmutter	1
	ERCP	1
	Gallenkolikbehandlung	1
	Herzinfarktbehandlung	1
	Herzschrittmacherimplantation	1
	Lungenemboliebehandlung	1
	Magensonde	1
	Magenwandresektion	1
	Nabelhernienverschluss	1
	Nierenentfernung	1
	Ovarialzystenentfernung	1
	Pankreatitisbehandlung	1
	Parenchym-,Kapselübernähung	1
	Sectio caesarea	1
	Serosaübernähung	1
	Thorakotomie	1

<u>Fachgebiet</u>	<u>Therapiemaßnahme</u>	<u>Anzahl der Maßnahmen</u>
Unfallchirurgie	Plattenosteosynthese	207
Unfallchirurgie	Materialentfernung	187
Unfallchirurgie	offene Reposition	147
Unfallchirurgie	Schraubenosteosynthese	116
Unfallchirurgie	Fixateur externe Anlage	75
Unfallchirurgie	Wunddebridement	67
Unfallchirurgie	geschlossene Reposition	64
Unfallchirurgie	Chirurgische Wundversorgung	49
Unfallchirurgie	Kirschnerdrahtosteosynthese	46
Unfallchirurgie	Marknagelung	35
Unfallchirurgie	Sekundärnaht	31
Unfallchirurgie	Spickdrahtosteosynthese	30
Unfallchirurgie	andere Drainage (z.B.Lasche)	29
Unfallchirurgie	Synovektomie	28
Unfallchirurgie	Kompartementspaltung	26
Unfallchirurgie	Wundtoilette	26
Unfallchirurgie	Korrektur-OP	25
Unfallchirurgie	Defektdeckung mit Hautlappen	23
Unfallchirurgie	Epigarddeckung	23

Unfallchirurgie	Spongiosaplastik	22
Unfallchirurgie	Zuggurtungsosteosynthese	20
Unfallchirurgie	Vakuumversiegelung	17
Unfallchirurgie	Wundexcision	13
Unfallchirurgie	Nekrosektomie	11
Unfallchirurgie	Hämatomausräumung	10
Unfallchirurgie	Wundrevision	8
Unfallchirurgie	Dermatofasziotomie	6
Unfallchirurgie	Merchurochrom auf Schürfwunden	6
Unfallchirurgie	Pseudarthrosenausträumung	6
Unfallchirurgie	Sehnentransplantation	6
Unfallchirurgie	Strahlresektion	6
Neurochirurgie	Verriegelungsschraube	6
Unfallchirurgie	Hauttransplantation	5
Unfallchirurgie	Sequestrotomie	5
Unfallchirurgie	Tenolyse	5
Unfallchirurgie	Fistelexcision	4
Unfallchirurgie	Pininfektion	4
Unfallchirurgie	Umstellungsosteotomie	4
Unfallchirurgie	Biopsieentnahme	3
Unfallchirurgie	Knochenresektion	3
Unfallchirurgie	Redon-Drainage	3
Unfallchirurgie	Sehnenverlängerung	3
Unfallchirurgie	Eigenknochenimplantat	2
Gefäßchirurgie	Embolektomie	2
Unfallchirurgie	Inzision / Gegeninzision	2
Unfallchirurgie	Nageldynamisierung	2
Neurochirurgie	Nervrevision	2
Unfallchirurgie	Pinfixation	2
Unfallchirurgie	Stellschraube	2
Gefäßchirurgie	Venencoiling	2
Unfallchirurgie	Abszessspaltung	1
Gefäßchirurgie	Arterienanastomose	1
Unfallchirurgie	Knochenspaninterposition	1
Unfallchirurgie	Metallnagelimplantation	1
Unfallchirurgie	Narbenexcision	1
Unfallchirurgie	Narkosemobilisation	1
Unfallchirurgie	Sekond look	1
Unfallchirurgie	Splitterentfernung	1

<u>Sonstige Maßnahmen</u>	<u>Therapiemaßnahme</u>	<u>Anzahl der Maßnahmen</u>
	Schmerztherapie	53
	Immobilisationstherapie	18
	Analgesie	17
	Voltarensalbenverband	13
	Gentamycinketteneinlage	12
	Gipstutor	5
	Heparinisierung	3
	Marcumarisierung	3
	Atemtraining	2
	Chirotherapie	2
	Akupunktur	1
	Sepsisbehandlung	1

Tab. 3: Ausführung aller angewandten Therapiemaßnahmen der begutachteten Patienten in der Abteilung für Unfallchirurgie am Klinikum der Universität Regensburg in den Jahren 2001 bis 2006. Alle Therapiemaßnahmen wurden entweder nach anatomischer Lage oder dem zuständigen Fachgebiet eingeordnet.

Die häufigste Therapiemaßnahme (207-mal) bestand in der Fixation von frakturierten Knochen mittels Plattenosteosynthese. Am zweithäufigsten war die Entfernung sämtlicher Osteosynthesematerialien vorgenommen worden (187-mal). Ebenfalls war eine große Anzahl an offenen Repositionen durchgeführt worden (147-mal). Die Anwendung von Schraubenosteosynthesen erfolgte 116-mal. An den unteren Extremitäten und zwar im Kniegelenk wurden 102 Arthroscopien ausgeführt. An den oberen Extremitäten erfolgte 25-mal die Refixation der Rotatorenmanschette und im Bereich der Wirbelsäule kam es 31-mal zur Verblockung von Wirbelkörpern mittels Spondylodese.

4.7.2 Therapie der Unfallfolgen

69 % aller Begutachteten benötigten, neben den unmittelbar nach dem Unfall vorgenommenen Maßnahmen, einer weiteren unterstützenden Therapie der Unfallfolgen. Diejenigen Patienten, die diese zusätzlichen therapeutischen Maßnahmen bekommen haben, erhielten am häufigsten (52%) physiotherapeutische Behandlungen der betroffenen Körperregion. Bei insgesamt 29% erfolgten balneophysikalische Maßnahmen wie Lymphdrainagen, Massagen, Reizstrom, Fangopackungen und Muskelaufbautraining. 11 % der nachtherapierten Patienten benötigten orthopädische Hilfsmittel, wie Gehhilfen, Spezialschuhwerk, Korsetts oder Schienungen. 178 Unfallopfern wurde eine stationäre Reha verordnet. Die Hauptanzahl dieser Patienten waren in den Orten Bad Gögging, Bad Kötzing oder Bad Abbach therapiert worden (vgl. Tab. 4).

Kurort	Patientenzahl
Reha in Bad Gögging	19
Reha in Bad Kötzing	19
Reha in Bad Abbach	13
Reha in Bad Griesbach	10
Reha in Donaustauf	10
Reha in Schaufling	7
Reha in Murnau	7
Reha in Bad Füssing	5
Reha in Freyung	5
Reha in Regenstauf	5
Reha in Bayreuth	4
Reha in Bad Wiessee	3
Reha in Herzogenaurach	3
Reha im Berchtesgardener Land	2
Reha in Bad Aibling	2
Reha in Bad Heilbrunn	2
Reha in Bad Birnbach	1
Reha am Tegernsee	1
Reha in Prien	1
Reha in Enzensberg	1
Reha in Weiden	1
Reha in Bad Kissingen	1
Reha in Vogtareuth	1
Reha in Furth im Wald	1

Tab. 4: Auflistung aller Kurorte und Anzahl der Patienten, die dort einen Reha-Aufenthalt hatten. Die Darstellung erfolgt in absteigender Reihenfolge der Patientenzahl im jeweiligen Kurort

Ambulante Rehamaßnahmen, mit Ergo- oder Chirotherapie, neurologische, psychiatrische oder orthopädische Nachbehandlung erhielten 19% der Begutachteten. Die Indikation zur chirurgischen Nachbehandlung, was die Glättung eines Knorpels, Straffung von Bändern oder den Ersatz eines Gelenkes bedeutete, bestand bei 5 % aller Patienten. 1 % der Versicherten musste aufgrund der Unfallfolgen eine Umschulungsmaßnahme ergreifen, da die Tätigkeit auf dem ursprünglichen Sektor nicht mehr möglich war.

4.8 Unfallarten

Die Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) ist es, beruflich erlittene Unfälle abzusichern. Daneben existiert die private Unfallversicherung (PUV), der Privatpersonen freiwillig beitreten, um bei außerhalb des Berufs erworbenen Unfällen gegen die Unfallfolgen versichert zu sein. GUV und PUV waren, wie bereits oben erwähnt, mit insgesamt 546 Gutachten die wichtigsten Auftraggeber im Beobachtungszeitraum. Betrachtet man nur die Gutachten, die für die Unfallversicherungen angefertigt wurden, so überwiegen die Begutachtungen für die PUV (56%) gegenüber denen für die GUV (44%) (vgl. Abb.28).

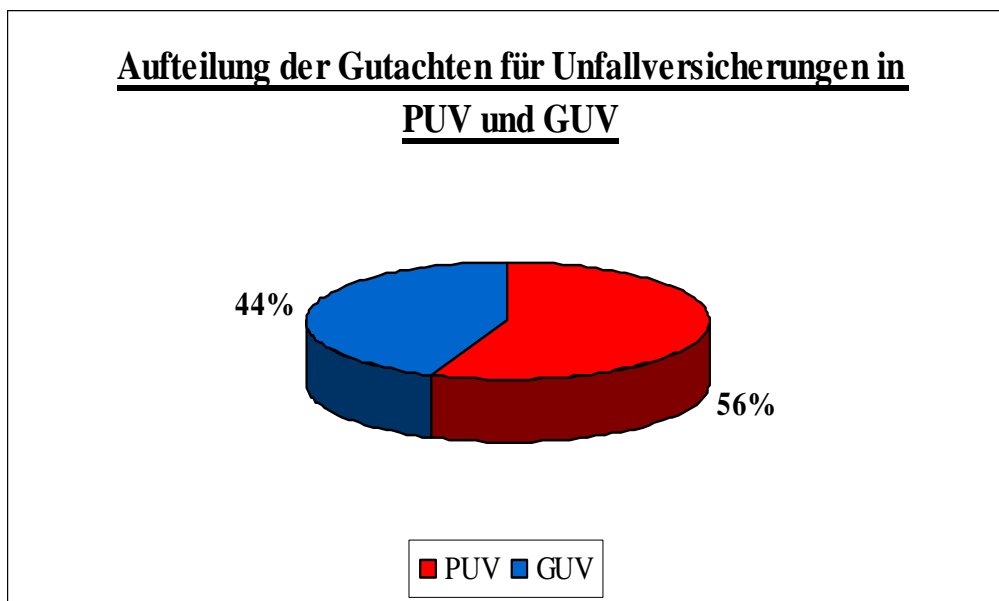


Abb.28.: Prozentuelle Aufteilung der 546 Gutachten, die für Unfallversicherungen erstellt wurden, in Gutachten für die PUV und GUV.

Die Begutachteten der PUV erlitten in 59% Verkehrsunfälle, gefolgt von Unfällen im Haushalt (30%) und Sportunfällen (11%). Bei den Gutachten für die GUV überwiegen die Arbeitsunfälle (68%), bei den restlichen Unfällen handelte es sich um Wegeunfälle.

4.9 Finanzielle Aspekte der Gutachtenerstellung

Wie unter Punkt 1.5 bereits erwähnt, erfolgt die finanzielle Abrechnung der Gutachten zum einen nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), zum anderen nach Pauschalen, die vom Gesetzgeber vorgegeben sind. Diese Pauschalen können auch mit Positionen der GOÄ kombiniert werden, falls zusätzliche Untersuchungen, die im Umfang der gesetzlichen Pauschalen nicht inbegriffen sind, anfallen sollten.

Die Aufwandsentschädigung (Gesamtkosten), die der Auftraggeber für ein Gutachten leisten muss, besteht aus dem Gutachterhonorar und den Verwaltungskosten. Die Gesamtkosten

unterscheiden sich je nach Gutachtenart deutlich, da beispielsweise ein freies Gutachten mehr Arbeitsaufwand mit sich bringt, als ein Formulargutachten. Die definitive Auszahlung von Gutachten ist also stets von der Art des Gutachtens, dem Versicherungsträger und dem tatsächlichen Aufwand abhängig. Abb. 29 gibt einen Überblick über die durchschnittlichen Gesamtkosten je nach Gutachtenart.

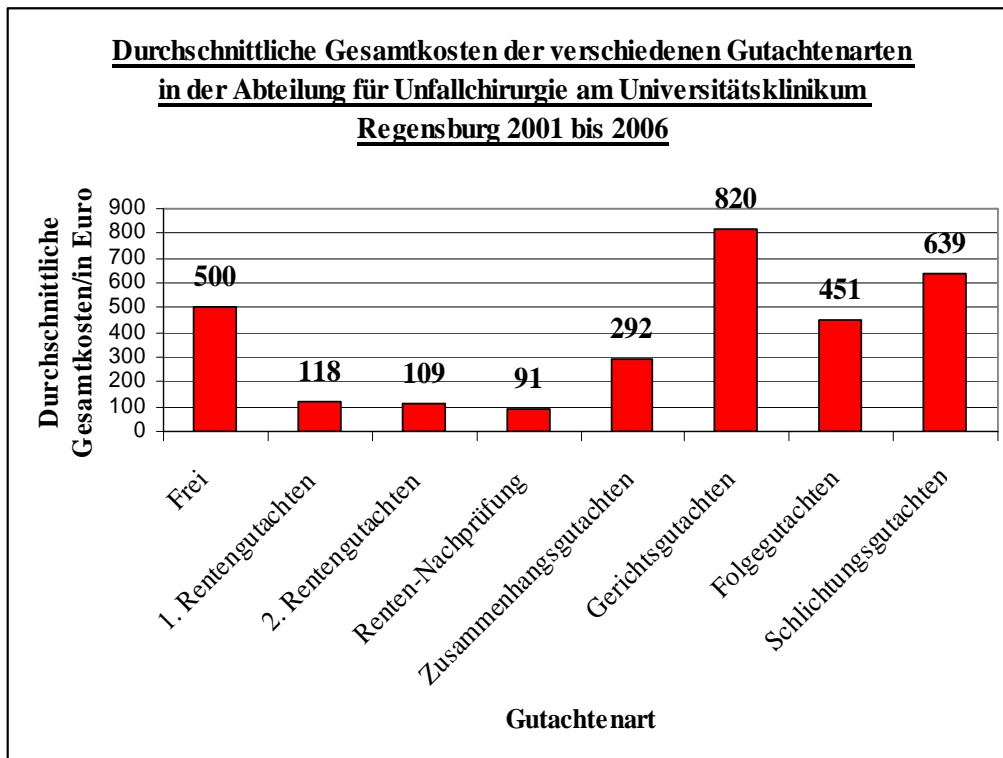


Abb. 29: Darstellung der durchschnittlich anfallenden Gesamtkosten für die verschiedenen Gutachtenarten in der Abteilung für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg 2001 bis 2006.

Wie Abb. 29 zeigt fallen die durchschnittlich höchsten Kosten für ein Gerichtsgutachten an. Hier ist der Aufwand der Erstellung am größten, da meistens zusätzlich umfangreiche wissenschaftliche Recherchen notwendig sind. Die niedrigsten Gesamtkosten entstehen für eine Renten-Nachprüfung sowie für erste und zweite Rentengutachten. In diesen Fällen wird meist nur ein vom Auftraggeber zugesandter Fragebogen stichpunktartig ausgefüllt. Um einen genaueren Überblick über die Einkünfte aus der Gutachtenerstellung zu bekommen zeigt Abb. 30 das durchschnittliche Gutachterhonorar für die verschiedenen Gutachtenarten in den Jahren 2001 bis 2006. Das Gutachterhonorar entspricht der definitiven Auszahlungssumme nach Abzug aller Verwaltungskosten.

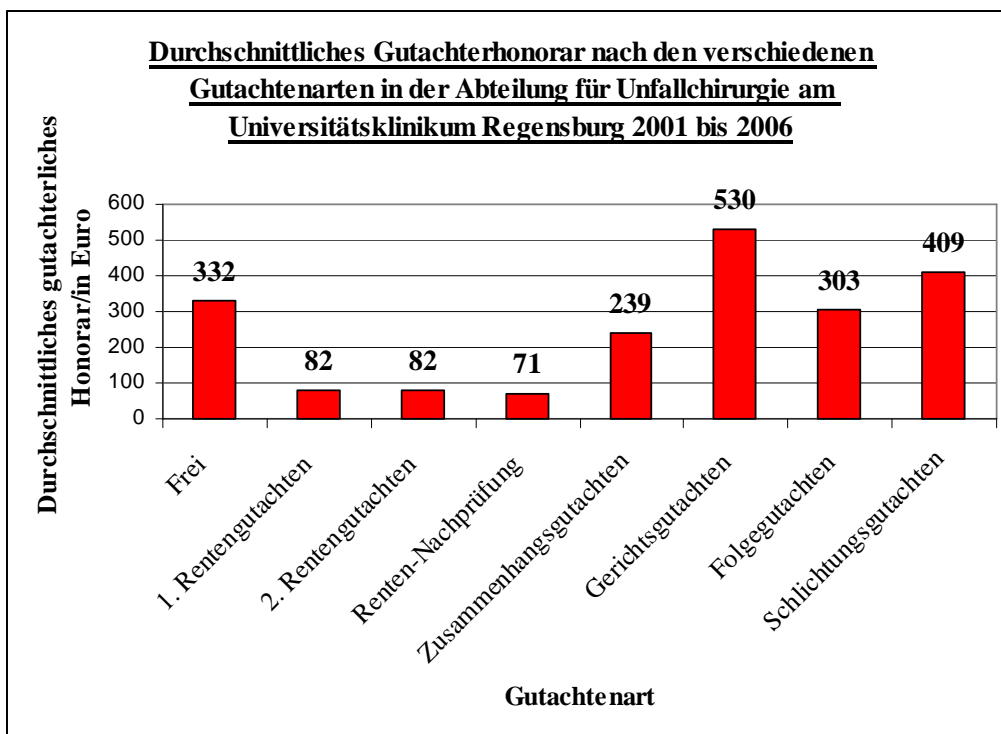


Abb. 30: Darstellung des durchschnittlichen Honorars des Gutachters, nach Art des Gutachtens in der Abteilung für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg 2001 bis 2006.

Wie Abb. 30 zeigt, erhält der Gutachter das meiste Honorar für Gerichtsgutachten. Die niedrigsten Einkünfte entfallen auf die Formulargutachten zur Rentenfestsetzung. Wie sich das Gesamthonorar des Gutachters in den Jahren 2001 bis 2006 entwickelte zeigt Abb. 31.

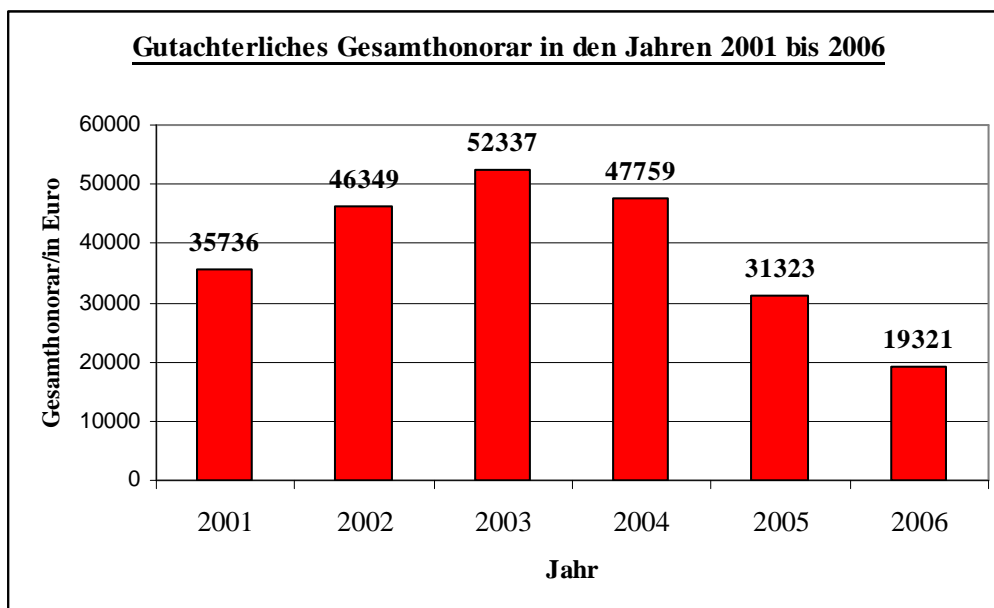


Abb. 31: Gutachterliches Gesamthonorar in den Jahren 2001 bis 2006.

Das umsatzstärkste Jahr war mit 52337 Euro, das Jahr 2003. Für das Jahr 2006 waren zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht alle Abrechnungsunterlagen vorhanden. Somit konnte über dieses Jahr keine genaue Aussage zur Ausbezahlung gemacht werden. Die Gesamteinnahmen des Sachverständigen von 2001 bis 2006 beliefen sich auf 232825 Euro. Das entspricht einem Jahresdurchschnitt von 38804 Euro. Um auch einen Einblick in den

monatlichen Verdienst des Gutachtenwesens an der Universitätsklinik Regensburg im Fach Unfallchirurgie zu erhalten stellt Abb. 32 den durchschnittlichen Monatsgewinn dar.

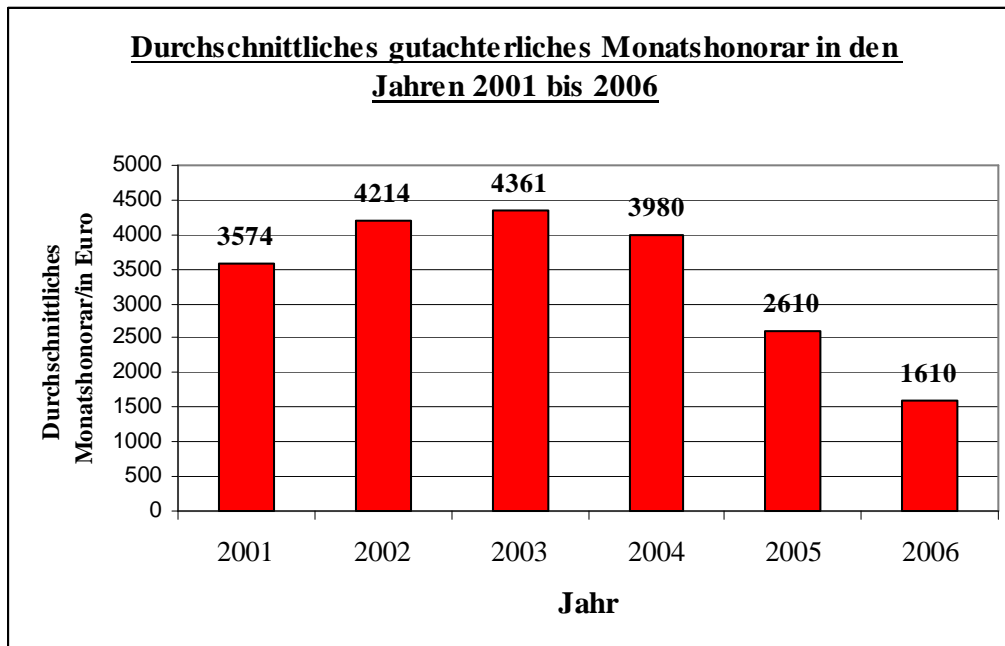


Abb. 32: Durchschnittliches monatliches Gutachterhonorar der Jahre 2001 bis 2006

Das Jahr 2001 startet mit durchschnittlich 3574 Euro pro Monat. Es folgt eine positive Finanzentwicklung bis zum Jahre 2003. In den darauffolgenden Jahren ist ein deutlicher Abwärtstrend erkennbar. Klammert man das Jahr 2006 aus, so sank die durchschnittliche monatliche Auszahlungssumme im Jahre 2005 um ganze 40% im Vergleich zum Jahre 2003 ab.

5. DISKUSSION

Im Fach Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg werden seit dem Jahre 2001 unfallchirurgische Gutachten erstellt. In die Auswertung, die im Zuge dieser Arbeit vorgenommen wurde, gingen alle Gutachten ein, die im Zeitraum 2001 bis 2006 erstellt worden waren. Insgesamt wurden in diesem Auswertungszeitraum durch den Gutachter Dr. Mohr 813 Gutachten für 711 Patienten angefertigt, da einige Patienten mehrere Gutachten erhalten haben. 27 Versicherte wurden mehrfach durch eine gesetzliche Unfallversicherung einbestellt, um entweder ein weiteres Rentengutachten oder eine Rentennachprüfung zu erhalten. Dabei wird die Rentensumme an die noch bestehenden Beeinträchtigungen angepasst. 32 Versicherte kamen sowohl für einen gesetzlichen, als auch für einen privaten Versicherungsträger zur Begutachtung, da diese Patienten zum einen Mitglied einer Berufsgenossenschaft waren, zum anderen auch eine private Unfallversicherung abgeschlossen hatten. Viele Menschen, die unter dem Schutz einer gesetzlichen Unfallversicherung stehen, sichern sich gegen finanzielle Risiken, zusätzlich über eine private Unfallversicherung ab. Denn die BG kommt nur für die Behandlungs- und Folgekosten auf, gegebenenfalls auch noch für den zu berechnenden Ausfall der Arbeitstätigkeit nach dem Unfallgeschehen. Im Gegensatz dazu zahlt die private Unfallversicherung dem Verletzten eine definierte Summe aus, die Vertragsgegenstand durch getätigte monatliche Zahlungen geworden ist, um den finanziellen Schaden, der bei möglicher Arbeitsunfähigkeit entstehen kann in Grenzen zu halten bzw. auszugleichen. Vor allem für den Hauptverdiener einer Familie können die Ansprüche aus einer privaten Unfallversicherung existenzielle Bedeutung haben.

In allen sechs Auswertungsjahren verunglückten deutlich mehr Männer, als Frauen. 64 % der Begutachteten waren männlich und 36 % weiblich. Das Unfallrisiko für Männer ist nach den Auswertungen deutlich höher, als das der Frauen. Die meisten Männer (24% aller begutachteten Männer) im Auswertungszeitraum 2001 bis 2006 waren zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr verunglückt. Annähernd gleich viele Männer (23% aller begutachteten Männer) verunglückten zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Dies ist einerseits damit zu erklären, dass Männer mehr Risiken (z.B. im Straßenverkehr, aber auch durch waghalsigeres Freizeitverhalten) eingehen und andererseits damit, dass Männer im erwerbsfähigen Alter häufiger von Arbeitsunfällen betroffen sind. Selbst von häuslichen Unfällen mit schwerwiegenden Folgen scheinen sie häufiger als Frauen betroffen zu sein. Zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr sinkt die Zahl der Verunglückten Männer deutlich ab. 15% aller

begutachteten Männer fielen in diese Altersklasse. In die Gruppe der zwischen 60- und 70-Jährigen konnten 8% der Männer eingeordnet werden. Der Rückgang an beeinträchtigenden Unfallverletzungen bei Männern über 60 Jahren könnte mit ihrem Austritt aus dem Erwerbsleben und einem daraus folgenden niedrigeren Unfallrisiko zusammenhängen. Frauen hatten die meisten Unfälle zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr (19% aller begutachteten Frauen), wobei das Unfallrisiko der Frauen in dieser Altersgruppe um die Hälfte geringer war, als das der gleichaltrigen Männer. Die Zahl der verunglückten Frauen sinkt zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr leicht ab (18% aller begutachteten Frauen). Als mögliche Ursache für diese hohe Zahl an verunfallten Frauen zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr kommt eine vermehrte Einnahme von Medikamenten, wie z. B. Psychopharmaka in Frage. Frauen mit zunehmendem Alter werden oben genannte Medikamente wesentlich häufiger als Männern verschrieben. Diese Arzneien weisen als Nebenwirkungen unter anderem Benommenheit, Schwindel, Störungen der Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit auf und können zu Verwirrheitszuständen führen. Infolge dieser Nebenwirkungen sind komplikationsreiche Stürze häufig (30). Im Alter ab 75 Jahren übersteigt beim weiblichen Geschlecht die Quote der beeinträchtigenden Unfälle, die der Männer. Es ist anzunehmen, dass die Frauen, aufgrund der bis ins hohe Alter obliegenden alltäglichen Verrichtungen im Haushalt oder beim Einkaufen, ein höheres Gefährdungspotential besitzen, als gleichaltrige Männer (31).

Um nähere Informationen über die Herkunft der Patienten geben zu können, wurde eine Einteilung nach Postleitzahl und Leitregion vorgenommen. Hierbei zeigte sich, dass beinahe alle Gutachten (98%) für Versicherte aus Bayern angefertigt worden sind. Dies könnte an der relativ zentralen Lage des Universitätsklinikums Regensburg innerhalb Bayerns liegen. Für viele Versicherungen ist es von großem Vorteil, eine Gutachterstelle vor Ort zu haben. Dadurch ergeben sich kurze Anfahrtswege für die Versicherten, was eine wesentlich raschere Erledigung ohne große Umstände zur Folge haben kann. Die restlichen 2 % teilten sich über ganz Deutschland und das benachbarte Ausland auf. Dies liegt meist daran, dass zufriedene Auftraggeber ihre Erfahrungen mit dem Sachverständigen weitergeben, was dazu führt, dass selbst weitere Wege in Kauf genommen werden.

In den Jahren 2001 bis 2006 wurden insgesamt 813 Gutachten in der unfallchirurgischen Abteilung der Universitätsklinik Regensburg erstellt. Am Anfang der Gutachtertätigkeit von Hr. Dr. Mohr 2001 lag der Monatsdurchschnitt bei zehn Gutachten. Eine Steigerung um drei bis fünf Gutachten pro Monat folgte in den Jahren 2002 bis 2004. Mit einem Durchschnitt von zehn Gutachten pro Monat war das Jahr 2005 ähnlich dem Jahre 2001. Das Absinken der

Gutachtenzahl im Jahre 2005 lag nicht an fehlenden Aufträgen, sondern hauptsächlich an der beruflichen Doppelbelastung von Dr. Mohr. Ein Problem, dass im Falle von nebenberuflich tätigen Sachverständigen immer auftreten kann. An einer größeren Einrichtung, wie beispielsweise einem Universitätsklinikum wäre es demnach zweckvoll einen hauptberuflichen Sachverständigen zu haben, der bei niedrigerer Auftragslage auch auf anderen Gebieten eingesetzt werden könnte.

Die meisten Gutachten wurden von privaten Unfallversicherungen in Auftrag gegeben, unmittelbar gefolgt von den gesetzlichen Unfallversicherungen und Haftpflichtversicherungen. Die Gründe für die hohe Zahl der privaten Auftraggeber liegen darin, dass laut der Unfallversicherungsstatistik des Bundesamtes für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zwei von drei Unfallopfern keinen gesetzlichen Versicherungsschutz besitzen, denn die gesetzliche Absicherung greift nur im Beruf und in der Schule. Nur im Haushalt tätige Personen haben ebenfalls keinen gesetzlichen Unfallschutz (42). Immer mehr Menschen aus den eben erwähnten Gruppen sichern sich über eine private Unfallversicherung gegen finanzielle Risiken nach einem Unfall ab. Die privaten Versicherungsträger fordern meist Gutachten an, um zu überprüfen welche Leistungen und über welchen Zeitraum diese dem Geschädigten zustehen. Bei den gesetzlichen Versicherungsträgern geschieht dies zur Beweisanforderung und Entschädigungsfestsetzung, denn das Unfallereignis und die Erkrankung dadurch müssen mit absoluter Gewissheit bewiesen sein. Laut Mollowitz ist das genau dann der Fall, wenn kein „vernünftiger Mensch, die Lebensverhältnisse klar überschauender Mensch noch Zweifel hat“. Für die gesetzlichen Träger ist es von großer Bedeutung, ob und wie viel Entschädigungen zu entrichten sind, da zum einen bei den Berufsgenossenschaften die zur Deckung der Aufwendungen benötigten Mittel durch Mitgliederbeiträge und zum anderen bei Versicherungsträgern der öffentlichen Hand die Aufwendungen aus Steuermitteln gedeckt werden (32).

71 % aller Gutachten waren frei formulierte Gutachten. Freie Gutachten haben stets die Aufgabe einen Sachverhalt zu beschreiben, aufzuklären und zu bewerten. Diese Gutachtenart ist die am häufigsten geforderte, da hier alle wichtigen Punkte sehr ausführlich abgehandelt werden und nicht wie im Falle eines Formulargutachtens ein vorgefertigter Fragebogen stichpunktartig ausgefüllt wird. Formulargutachten werden meistens für gesetzliche Versicherungsträger angefertigt, da diese nur eine kurze Abhandlung wünschen, um schnelle Entscheidungen treffen zu können, und möglichen Nachfragen aus dem Weg gehen zu können, was größeren Verwaltungsaufwand bedeuten würde und betriebswirtschaftlich uneffektiv wäre.

Da jeder Sachverständige nur auf seinem Fachgebiet die nötige Erfahrung und medizinische Kenntnisse besitzt, ist es oftmals notwendig andere Fachbereiche in die Gutachtenerstellung einzubinden. Die Anforderung eines Zusatzgutachtens wird also notwendig, wenn die Grenzen des eigenen Fachbereiches im Bezug auf die Verletzungen überschritten werden. Ein Viertel aller Versicherten die zur Begutachtung an die Universitätsklinik Regensburg gekommen sind haben Zusatzgutachten erhalten. 4,5 % von diesen Patienten sogar aus mehreren Fachbereichen. Die Anzahl aller Zusatzbegutachtungen belief sich insgesamt auf 265 Stück. Im Falle eines Unfalles, liegen sehr häufig neurologische Begleitverletzungen vor. Bei den 711 gutachterlich untersuchten Patienten war dies auch oftmals der Fall. Ganze 47 % aller Zusatzbegutachtungen stammten aus diesem Fachbereich. Die zweithäufigsten Zusatzgutachten wurden mit 18 % im Fachbereich Radiologie angefertigt. Dies hängt damit zusammen, dass radiologische Gutachten eine große Hilfe zu Objektivierung sind. Hierbei können sowohl knöcherne als auch Bandveränderungen durch direkte und indirekte Darstellung nachgewiesen werden. Meist sind jedoch ein bis zwei Jahre nach einem Unfall nur noch indirekte Zeichen des ehemaligen Schadens auffindbar (33). Ungeachtet dessen kann gerade diese Tatsache von großer Bedeutung sein, wenn eine genaue Abklärung der Unfallfolgen notwendig wird, wie z. B. in Sachen einer Zusammenhangsfrage oder Verschlimmerung der Beschwerden. Dass heißt, es soll genau Auskunft darüber gegeben werden, ob die Verschlechterung des Zustands vom Unfall, einer unfallunabhängigen Vorerkrankung oder einer altersbedingten Erkrankung wie z. B. Arthrose herrührt. Sollten die Gründe für eine Verschlimmerung des Zustands unfallunabhängig sein, so kann die Unterstützung des Versicherten unterbunden werden.

Um einen zeitlichen Überblick vom gesamten Gutachtenfluß zu erhalten, wurde das komplette Vorgehen der Gutachtenerstellung von der Auftragsvergabe bis zur Ausbezahlung des Honorars detailliert analysiert. Hierbei fand eine Aufspaltung in die einzelnen Arbeitsschritte statt. So konnte eine schnellere Beurteilung, welcher Schritt wie viel Zeit in Anspruch nimmt, erfolgen. An erster Stelle stand der Zeitraum zwischen Auftragsvergabe und Einbestellung der Versicherten. 2001 bis 2006 dauerte es durchschnittlich 95 Tage bis die Versicherten in der Abteilung für Unfallchirurgie zur gutachterlichen Untersuchung erschienen sind. Die nächste Phase umfasste den Zeitraum zwischen der Untersuchung durch den Gutachter bis zum erstmaligen Ausdruck des Gutachtens durch das Schreibbüro. 2001 wurden dafür noch 51 Tage benötigt, 2002 nur noch 18 Tage. Obwohl der Wert in den Jahren 2003 und 2006 wieder leicht anstieg, blieb die Bearbeitungszeit seit 2002 konstant unter 25 Tagen. Maßgeblich verantwortlich dafür dürfte die zunehmende Erfahrung der

Mitarbeiterinnen des Gutachtensekretariats mit dem Aufbau, der Form und dem Inhalt eines Gutachtens sein. Nach dem Ausdruck des Gutachtens wurden für erforderliche Korrekturen im Jahre 2001 im Schnitt 49 Tage benötigt. 2002 waren dafür schon 95 Tage notwendig. Dieser Negativtrend setzte sich in den darauf folgenden Jahren fort. Einen großen Teil der Zeit wurde dabei für die Korrektur durch den zuständigen Oberarzt aufgebracht. Ein Hauptgrund liegt darin, dass sie die Korrekturen der Gutachten neben ihren Hauptaufgaben, wie Forschung, Lehre und Patientenversorgung erledigen mussten. Zur Beschleunigung des Gutachtenflusses wäre es sinnvoll als Zielvorgabe für die Korrektur der Gutachten einen Zeitraum von ca. zwei Wochen festzusetzen. Hierbei könnte es durchaus hilfreich sein, wenn nur ein bestimmter Oberarzt für die Gutachtenkorrekturen verantwortlich wäre. Die Problematik hierbei stellt jedoch eine große Abhängigkeit von dieser einen Person dar, d.h. sollte dieser Oberarzt auf Dienstreise, im Urlaub oder gar krank sein käme der Gutachtenfluß erneut zum stocken. Eine feste Vertretung könnte hier Abhilfe schaffen.

Die Zeitspanne zwischen endgültiger Fertigstellung und Honorarauszahlung an den Gutachter dauerte im Schnitt 39-45 Tage. Nur im Jahr 2003 lag der Zeitraum mit 73 Tagen deutlich über dieser Marke. Die Prüfung und die Bezahlung des Gutachtens erfolgten also innerhalb von eineinhalb Monaten recht zügig, was für einen geringen Verwaltungsaufwand spricht. Besonders schnell ging dieser Vorgang in den privaten Versicherungen von statten, obwohl die zumeist angefertigten freien Gutachten von der Auswertung her sicher umfangreicher sind, als die häufig von Berufsgenossenschaften angeforderten Formulargutachten.

Wie schon unter Punkt 1.5 erwähnt gibt es keine einheitliche Vergütung für medizinische Gutachten. Das Honorar sollte attraktiv für den Sachverständigen sein, um möglichst schnell ein gutes Gutachten anzufertigen, aber auch bezahlbar für den Auftraggeber. Denn nur wenn sich die Ausgaben für ein solches Dokument, mit dessen Qualität decken, folgen weitere Aufträge seitens der Versicherer. Im Falle der gesetzlichen Versicherungsträger halten sich die Gebühren für ein Gutachten meist in Grenzen, da es sich häufig um ein Formulargutachten handelt. Hierbei muss lediglich ein Fragebogen strikt abgearbeitet werden. Der zeitliche Aufwand bei der Gutachtenerfassung ist wesentlich geringer, als bei freien Gutachten. Falls Zusatzuntersuchungen notwendig wären, werden diese zusätzlich zur Grundpauschale über die GOÄ abgerechnet. Im Falle eines frei formulierten Gutachtens ist die Preisspanne wesentlich höher anzusetzen. Hier hängt das Honorar vom Auftraggeber, dem Schwierigkeitsgrad und dem diagnostischen Aufwand ab. Sollte eine Gutachtenerstellung ohne gutachterliche Untersuchung, d.h. nach Aktenlage möglich sein, so sinken die Gebühren für die Gutachtenerstellung und der zeitliche Aufwand ist ebenfalls geringer, da die

Zeitspanne Einbestellung bis Untersuchung des Verunfallten von vornherein wegfällt. Abhängigkeit vom Auftraggeber bedeutet, dass z.B. Gerichte oftmals zusätzlich eine wissenschaftliche Stellungnahme anfordern, die einen großen Aufwand für den Sachverständigen nach sich ziehen, da hier umfangreiche Recherchen in der für den Fall erforderlichen Fachliteratur notwendig werden können. Beim Blick auf das Diagramm, welches die Gesamtauszahlung des gutachterlichen Honorars anzeigt ist ein Absinken des Umsatzes ab dem Jahre 2004 erkennbar. Mögliche Gründe könnten sein: a) Konkurrenz bei der Gutachtenerstellung, b) weniger Aufträge, da die Unfallrate in der Region abgesunken ist, c) zu hohe Vergütung nach Ansicht der Auftraggeber, d) Qualitätseinbußen, dazu gehört auch zu lange Dauer des Gutachtenflusses oder e) geringere Annahme von Gutachteraufträgen, aufgrund zu großer beruflicher Doppelbelastung für den Sachverständigen.

Insgesamt wurden für den internen Gutachtenfluß durchschnittlich 132 Tage benötigt. Im Jahre 2003 brauchte man dafür sogar 228 Tage. Die meisten Versicherungen geben als Richtwert einen Zeitraum von drei Monaten (also 90 bis 100 Tage) vor, in denen ein Gutachten fertig gestellt werden sollte. Leider konnte diese Vorgabe im Mittel in keinem der betrachteten Jahre eingehalten werden. Eine deutliche Komprimierung des Gutachtenflusses wäre deshalb sinnvoll. Zum Verständnis wird zunächst der bisherige Gutachtenfluss an der Universitätsklinik Regensburg im Fach Unfallchirurgie aufgezeigt (siehe Abb. 33).

**Visualisierung des prinzipiellen
Gutachtenflusses
Abteilung für Unfallchirurgie
Klinikum der Universität Regensburg**

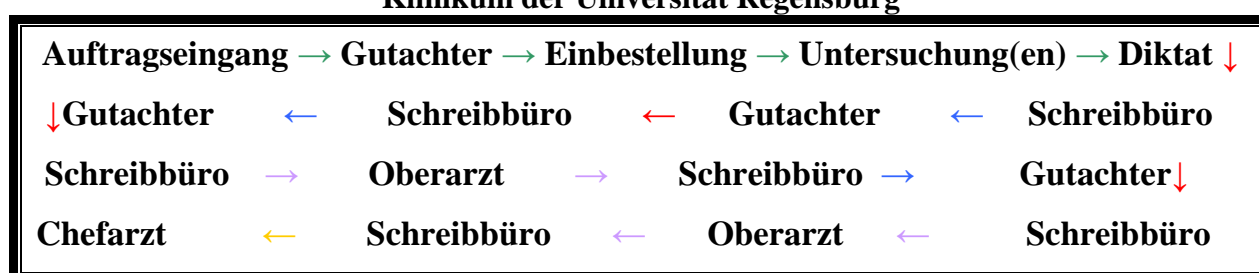


Abb. 33: Prinzipieller Gutachtenfluß in der Abteilung für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg seit 2001.

Wie Abbildung 33 „**Visualisierung des prinzipiellen Gutachtenflusses**“ zeigt, startet der Gutachtenfluß, mit dem Eingang eines Gutachterauftrages in der Abteilung für Unfallchirurgie der Universitätsklinik Regensburg. Daraufhin wird der Verunfallte zur gutachterlichen Untersuchung einbestellt. Der Gutachter nimmt während und nach der Untersuchung ein Untersuchungsdictat auf. Dieses Dictat wird unmittelbar nach der

Aufnahme zur erstmaligen Gutachtenanfertigung an das Schreibbüro weitergeleitet. Ist das Gutachten fertig, erfolgt die Erstkorrektur durch den Sachverständigen. Sollten Verbesserungen notwendig sein, wird das Gutachten nochmals an das Schreibbüro zurückgegeben. Dann nimmt der Gutachter die Zweitkorrektur vor. Waren weitere Verbesserungen nötig, geht das Gutachten abermals an das Schreibbüro zurück. Ist das Gutachten schließlich fertig, wird es an den zuständigen Oberarzt zur Korrektur weitergeleitet. Dieser gibt das korrigierte Gutachten an den Sachverständigen zurück. Wurden vom Oberarzt Korrekturen vorgenommen, muss das Schriftstück erneut ins Schreibbüro gegeben werden. Nachdem alle Korrekturen durchgeführt worden sind, wird das Gutachten zur letzten Überprüfung an den Oberarzt geleitet. Im Falle weiterer Verbesserungen, wird das Gutachten erneut an das Schreibbüro zurückgegeben. Nach Ausbesserung letzter Anmerkungen wird das endgültig fertig gestellte Gutachten zur Unterschrift an den Chefarzt weitergegeben.

Dieser Ablauf ist mit einem großen Zeitaufwand, von durchschnittlich zweieinhalb Monaten, verbunden und betriebswirtschaftlich uneffektiv. Hoher Verwaltungsaufwand und unzufriedene Auftraggeber können Folge eines derartigen Erledigungsmodus sein. Etwa 50 Gutachten sind ständig im Umlauf. Es kann zu einer negativen Sekundärwirkung nach außen kommen, d.h. Beschwerden in Form von Telefonaten, Telefaxen und Briefen an den Gutachter. Jedoch gibt es auch Vorteile an dieser Erstellungsmodalität. Zum einen zeugt es von großer Präzision, da viele einzelne Beurteilungsebenen durchlaufen werden, d.h. „viele Augen sehen mehr“, zum anderen wird die Fehleranfälligkeit - inhaltlich und formell - stark reduziert.

Welche Ziele sollte sich die Abteilung für Unfallchirurgie am Klinikum der Universität Regensburg stecken:

- ▶ interne Verbesserung des Gutachtenflusses, was die Untersuchung, die Erfassung und das Diktat des Gutachtens angeht
- ▶ Gutachtenerstellung (intern) innerhalb eines klar definierten Zeitraumes von ca. vier Wochen
- ▶ Gesamtdauer zur Abarbeitung eines Gutachtens in ungefähr sechs Wochen
- ▶ Bezahlung der Gutachten (extern) innerhalb eines Zeitraumes von ca. zwei Wochen
- ▶ „guten Ruf“ als Nr. 1 der Gutachtenerstellung im Raum Regensburg

Diese Ziele wären realisierbar durch einen kürzeren Gutachtenfluß (siehe Abb. 34):

**Visualisierung des kürzestmöglichen
Gutachtenflusses
Abteilung für Unfallchirurgie
Klinikum der Universität Regensburg**



Abb. 34: Diese Abbildung dient als Vorschlag zur Optimierung des Gutachtenflusses in der Abteilung für Unfallchirurgie, dadurch ließe sich der Gutachtenfluss wesentlich kürzer gestalten.

Nach Eingang eines Gutachtenauftrages sollte der Patient schnellstmöglich zur Untersuchung einbestellt werden. Im Anschluss an die Untersuchung erfolgt die Aufnahme des Untersuchungsdiktates durch den Sachverständigen. Das Diktat wird dann direkt an das Schreibbüro weitergeleitet und erstmalig ausgedruckt. Daraufhin findet die Erstkorrektur durch den Gutachter statt und das Gutachten wird an den zuständigen Oberarzt weitergegeben. Nachdem der Oberarzt das Dokument überprüft und korrigiert hat, gibt er das Gutachten zurück ans Schreibbüro. Das Gutachten kann jetzt endgültig fertig gestellt und an den Chefarzt zur Unterschrift weitergeleitet werden. Diese Vorgehensweise würde lediglich vier Wochen in Anspruch nehmen. Somit wäre eine schnelle Gutachtenerstellung möglich, was zufriedene Auftraggeber sowie geringeren Personal- und Zeitaufwand zur Folge hätte. Jedoch könnte sich die Fehleranfälligkeit erhöhen, da das Gutachten weniger Beurteilungsebenen durchlaufen würde.

Derzeitige Dauer der einzelnen Gutachtenschritte laut Dr. Mohr

- | | |
|---|---------------------|
| ► Untersuchung | ca. 30 Min. |
| ► Diktat | ca. 20 Min. |
| ► Verfassen des Gutachtens durch die Sekretärin | ca. 1 Woche |
| ► Korrektur durch den Gutachter | ca. 1 Tag |
| ► Korrektur durch den Oberarzt | 2 Wochen – 6 Monate |
| ► nochmalige Korrektur durch den Gutachter | ca. 1 Tag |
| ► Korrektur und Unterschrift durch den Chefarzt | ca. 1 Woche |

Im Falle mehrerer Korrekturen summieren sich die einzelnen Vorgehensschritte, was zu einer langen Dauer des Gutachtenflusses führen kann.

Wie bereits oben erwähnt hängt die Zufriedenheit der Auftraggeber auch von der Anfertigungsdauer eines Gutachtens ab. 31 % aller Rückfragen zu den in Auftrag gegebenen Gutachten waren aufgrund der langen Dauer bei der Gutachterstelle am Universitätsklinikum Regensburg eingegangen. Der gesamte Gutachtenfluß muss demnach wesentlich zügiger vonstatten gehen, da Nachfragen zum Verbleib eines Gutachtens oder die Erhebung eines Ordnungsgeldes nicht im Sinne einer gut funktionierenden Gutachterstelle sind. An zweiter Stelle standen mit 28 % Rückfragen zur endgültigen Festlegung der Beeinträchtigung nach der MdE bzw. der Gliedertaxe. Fragen zu diesem Sachverhalt sind keine Seltenheit, da sich nach einem bestimmten Zeitraum, meist nach drei Jahren, der Zustand des Verunglückten nicht mehr merklich ändern wird und so eine konkrete Aussage zur künftigen Beeinträchtigung abgegeben werden kann. Dies ist für die Versicherungsträger von großer Wichtigkeit, da hierbei entschieden wird, ob, wie lange und in welchem Ausmaß der Versicherte zu unterstützen ist. Die restlichen Rückfragen beinhalteten zusätzliche Fragenkataloge, um genauere Informationen einzuholen und vorhandene Unfallfolgen überprüfen zu können. Des Weiteren wurden wissenschaftliche Stellungnahmen zum gesamten Sachverhalt angefordert, um Behandlungsfehler auszuschließen und Zusammenhangsfragen klären zu können.

Die größte Zahl der Unfallverletzungen stammte zu 85 % aus den Gruppen, Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 - T98). Die Hauptverletzungen dieser Gruppen waren in absteigender Reihenfolge Verletzungen des Knies und Unterschenkels, des Kopfes, des Thorax, des Abdomens, der oberen Extremitäten, der Knöchelregion und des Fußes, des Unterarmes und Ellenbogens, des Halses, der Hüfte und des Oberschenkels. Laut einer Studie der NHTSA (National Highway Traffic Safety Administration) von November 2007, die die Charakteristika von Verkehrs-Unfällen und die Verletzungen dabei beschreibt, ist die Art und Häufigkeit von Unfallverletzungen stets abhängig vom Alter der Verunfallten, vom Unfallmechanismus und der Schwere des Unfalles. So zeigte die Studie, dass über 80 % der schweren Unfallverletzungen im Bereich des Kopfes und des Brustkorbes liegen, die leichteren Verletzungen finden sich im Gesicht, den oberen und unteren Extremitäten (34). Genauso wie bei den Verkehrsunfällen lassen sich auch bei den Sport- und Haushaltsunfällen charakteristische Verletzungsmuster aufzeigen. So waren ein Großteil aller Unfälle im Haushalt Stürze, die in den meisten Fällen zu Verletzungen der unteren und oberen Extremitäten geführt hatten. Bei den Sportunfällen waren vor allem die Schulter und unteren Extremitäten betroffen. Je nach Unfallmechanismus werden spezifische Bewegungen vom Verunglückten ausgeführt. Bei Stürzen sind dies

beispielsweise Abfangversuche mit den Händen, woraus häufig Frakturen der Hand und des Armes resultieren.

An erster Stelle der unfallunabhängigen Begleitdiagnosen stand die Fettleibigkeit (Adipositas), woran 28 % der Verunfallten erkrankt waren. Adipositas führt zu Folgeerkrankungen, wie Arteriosklerose, Schlaganfällen, Schlafapnoe-Syndrom, Herzinfarkt und vor allem zu Gelenkschäden (Arthrosen). Arthrotische Erkrankungen sind häufig auch ohne vorangegangenen Unfall in der deutschen Bevölkerung vertreten. Deshalb kann es nach einem Unfall oft schwierig sein, die aktuellen Unfallverletzungen bzw. Unfallfolgen von bereits vorhandenen Vorschäden abzugrenzen, um eine korrekte Bewertung der Unfalldiagnosen für den jeweiligen Versicherungsträger abgeben zu können. Des Weiteren kann es durchaus möglich sein, dass durch die Fettleibigkeit vorhandene Unfallfolgeerkrankungen zusätzlich verstärkt werden. Adipositas ist allgemein eine kontinuierlich zunehmende Erkrankung der Gesellschaft. Sogar 10-20 % der deutschen Kinder und Jugendlichen sind zu dick (35). Eine weitere häufige unfallunabhängige Begleitdiagnose war die „Volkskrankheit“ Bluthochdruck (Hypertonie). 8 % der Begutachteten litten schon vor dem Unfallgeschehen an Hypertonie.

62 % aller Unfallfolgeerkrankungen stammten aus der Gruppe „Krankheiten der Weichteilgewebe“. Diese Gruppe beinhaltet Krankheiten der Muskeln, Synovialis und der Sehnen. Im Falle von Schulterverletzungen beispielsweise kommt es oftmals zu chronischen Entzündungen, wodurch die Lebensqualität der Patienten signifikant aufgrund eines sogenannten „painful arc“ eingeschränkt werden kann. Auch in anderen Gelenken der oberen und unteren Extremitäten treten häufig Entzündungen, wie z. B. eine chronische Tenosynovitis der Hand und des Handgelenkes auf. Da solche Erkrankungen äußerst schmerzhaft sind, hat der Verunfallte oft Schwierigkeiten seiner beruflichen Tätigkeit adäquat nachzugehen. Hier besteht jedoch evtl. die Möglichkeit einer Umschulung, oder einer Versetzung in eine andere Abteilung, in welcher u. U. die verletzte Körperstelle nicht oder nur leicht beansprucht wird. Diese Option kann nicht nur aus finanzieller Hinsicht für den Versicherungsträger, sondern auch aus psychischen Gründen für die Versicherten, von Vorteil sein.

Eine weitere Kategorie von Unfallfolgeerkrankungen bilden mit 30 %, die traumatisch bedingten sekundären Arthropathien. Bei diesen Erkrankungen kann es für den Gutachter oft schwierig sein, diese eindeutig von den unfallunabhängigen Vorerkrankungen abzugrenzen. Arthropathien können den Betroffenen im Alltag stark einschränken, aufgrund einer

Beeinträchtigung der Mobilität kann die Fortbewegung evtl. nur noch mit Hilfsmitteln möglich sein, in schlimmen Fällen ist der Versicherte sogar ans Bett gefesselt. Einfache Dinge, wie z. B. das Anziehen, der Gang zur Toilette oder die tägliche Körperhygiene können zur Qual werden. Der Betroffene ist somit stark von Dritten abhängig. Diese Situation kann für einige Patienten eine starke seelische Belastung hervorrufen. Bisher liebgewonnene Freizeitaktivitäten können vielleicht gar nicht mehr oder nicht in dem Umfang wie zuvor ausgeführt werden. Dies kann zum Verlust von sozialen Kontakten, ja sogar zu Depressionen führen.

Eine der Hauptursachen für die oben aufgeführten Unfallfolgeerkrankungen war die große Zahl an Verkehrsunfällen (59% aller privat abgesicherten Unfälle / Begutachtung in der Abteilung für Unfallchirurgie am Klinikum der Universität Regensburg 2001 bis 2006). Ursachen, welche für Verkehrsunfälle in Frage kommen werden von der Polizei in verkehrsbedingte und nicht verkehrsbedingte eingeteilt. Zu den Ursachen eines nicht verkehrsbedingten Unfalles zählt man technische Mängel am Fahrzeug, psychische Ursachen, gesundheitliche Beeinträchtigung, mangelnde Fahrpraxis, zu geringer Abstand zum Vordermann, und Witterungseinflüsse. Bei jedem 4. Unfall sind Alkohol und/oder Drogen im Spiel. Zu hohe Geschwindigkeit gehört ebenfalls in die Gruppe der nicht verkehrsbedingten Ursachen (36). Eine weitere Ursache ist Übermüdung am Steuer, 25 % aller tödlichen Verkehrsunfälle gehen auf diese Ursache zurück. Nicht zu vergessen sind Ablenkungen vom Straßenverkehr, wie z.B. durch die Benutzung eines Mobiltelefons ohne Freisprecheinrichtung (37). Die große Zahl an Verkehrsunfällen erklärt den hohen Anteil der Unfalldiagnosen in der Gruppe S00 - T98, da typische Verkehrsunfallverletzungen Schädel-Hirn-Traumata, Quetschungen, offene Wunden, Wirbelsäulenverletzungen und Knochenbrüche umfassen. Z.B. bei einem Unfall mit mittlerer Geschwindigkeit kann das Lenkrad auseinandergesprengt und gegen den Brustkorb gedrückt werden, der Kopf könnte gegen die Windschutzscheibe schlagen, die Knie möglicherweise am Armaturenbrett gebrochen oder luxiert werden und das Becken nach einem Aufprall gegen das Lenkrad fakturieren (36).

Ein Gutachten sollte tatsächliche und rechtliche Fragen beantworten, d.h. ein Sachverständiger beurteilt einen Sachverhalt in Bezug auf ein bestimmtes Ziel oder Fragestellung. Dies ist jedoch nur möglich, wenn dieser Gutachter über ausreichend Erfahrung und Fachkenntnis verfügt. In Deutschland kann jeder approbierte Mediziner von einem bestimmten Auftraggeber Fragen zum Gesundheitszustand bzw. der körperlichen Beeinträchtigung eines Patienten erhalten und muss dazu eine fachspezifische Stellungnahme

abgeben. Dadurch soll der Entscheidungsprozeß unterstützt und die Leistungspflicht von sozial- und privatrechtlichen Versicherungsträgern nochmals unterstrichen werden (38). Die Bezeichnung „Sachverständiger“ ist in Deutschland kein geschützter Begriff (39). Des Weiteren gibt es keinerlei Möglichkeit sich einer Weiterbildung zum medizinischen Sachverständigen zu unterziehen. Ganz anders verhält sich dies in der Schweiz. Früher ging hier die Ausbildung der Gutachter von Privat- und Sozialversicherungen aus, seit 2000 werden die Weiterbildungskurse von der FMH (Federatio Medicorum Helveticorum) abgehalten. Diese wiederum gab die Kurse an die 2003 gegründete Swiss Insurance Medicine SIM (Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz) ab. Es wird eine Zusammenarbeit mit der 2005 entstandenen Akademie für Versicherungsmedizin am Universitätsspital Basel angestrebt. Ebenfalls kürzlich gegründet wurde das Institut für interdisziplinäre medizinische Begutachtungen (IIMB) in Zürich, welches nicht nur die richtige Erstellung von Gutachten lehrt, sondern auch die Qualitätssicherung von Gutachten (40). In Deutschland wäre es mit Sicherheit sinnvoll ähnliche Fortbildungskurse bzw. Zertifizierungsmaßnahmen zu ergreifen, um einen gewissen Qualitätsstandard zu erreichen und eine einheitliche weitestgehend standardisierte medizinische Begutachtung deutschlandweit sicher zu stellen.

Für Geschädigte, die beispielsweise nach einem Unfall oder Behandlungsfehler nicht mehr in der Lage sind ihrer bis dahin ausgeübten beruflichen Tätigkeit vollständig nachzugehen, ist ein einheitliches standardisiertes Vorgehen besonders wichtig. Die Betroffenen benötigen eine korrekte Bestätigung ihrer körperlichen und/oder geistigen Einschränkung, um die angemessene Unterstützung vom jeweiligen Versicherungsträger zu erhalten. Die Versicherten erhoffen sich eine neutrale, exakte und präzise Darstellung des Sachverhaltes. Die Möglichkeit ist nur gegeben, wenn der Gutachter unabhängig ist. Denn es ist nicht unbekannt, dass sprichwörtlich gesagt „eine Krähe, der anderen kein Auge auspickt“, sollte es beispielsweise um die Bestätigung eines Behandlungsfehlers gehen. Dies muss nicht unbedingt aus bösem Vorsatz geschehen, oftmals ist es auch die Angst des Gutachters vor seinem Berufsstand, die solche Entscheidungen zulässt.

Ein weiteres Problem stellt die Auffassung des Sachverhalts durch den Gutachter dar. Es kann z.B. vorkommen, dass zwei neutrale Gutachter unterschiedlicher Meinung sind. Dies ist aus dem Grund möglich, da jeder Sachverständige einen individuellen Bewertungsspielraum besitzt, sowie unterschiedliche persönliche Erfahrungen und Tendenz zu bestimmten Therapiemaßnahmen (41). Bei einer einheitlichen Ausbildung würden weniger

Meinungsverschiedenheiten auftreten und die Patienten würden ihre Begutachtungen auf annähernd derselben Basis erhalten.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über den Gutachtenfluß in der Abteilung für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg in den Jahren 2001 bis 2006. Zuerst erfolgt eine allgemeine Übersicht über das Unfallversicherungswesen in Deutschland und den prinzipiellen Erstellungsmodus medizinischer Gutachten. Im Folgenden wird der Auswertungsvorgang aller 813 angefertigter Gutachten in den Jahren 2001 bis 2006 mit einer speziell für die Gutachtenanalyse entwickelten Datenbank aufgezeigt. Die insgesamt 813 Gutachten wurden für 711 unterschiedliche Patienten erstellt, da einige, aus versicherungstechnischen Gründen mehrmals einbestellt worden sind. Der Großteil aller Verunfallten (64 %) war männlich. Das durchschnittliche Unfallalter beider Geschlechter lag bei 40 Lebensjahren. Menschen dieses Alters besitzen eine gewisse Routine in ihrem Arbeitsalltag und neigen daher leicht dazu sich selbst zu überschätzen, was das Unfallrisiko deutlich ansteigen lässt. Betrachtet man die Unfallarten genauer, so kann man eine Einteilung in privat- und beruflich abgesicherte Unfälle vornehmen. Um alle daraus resultierenden Verletzungen, mögliche unfallunabhängige Vorschäden und Unfallfolgeerkrankungen detailliert darstellen zu können, erfolgt die Einteilung aller gestellten Diagnosen mit Hilfe des ICD-10-GM Version 2007. Das gesamte therapeutische Vorgehen wird je nach anatomischer Lage tabellarisch aufgezeigt, um eine gewisse Struktur in die Vielzahl an Behandlungsmaßnahmen zu bringen. Als Hauptunfallfolgen kristallisieren sich größtenteils Krankheiten der Weichteilgewebe, d.h. der Muskeln, Synovialis und Sehnen sowie traumatisch bedingte sekundäre Arthropathien heraus. Bei Festlegung aller möglichen Unfallfolgediagnosen ist eine deutliche Abgrenzung zu etwaigen unfallunabhängigen Begleitdiagnosen vorzunehmen. Denn viele dieser Vorerkrankungen können Unfallfolgen verschlimmern, und erschweren somit eine korrekte Einstufung der tatsächlichen Unfallfolgen für den Sachverständigen. Da in einigen Fällen der Fachbereich überschritten worden ist wurden 265 Zusatzgutachten, hauptsächlich aus den Fachbereichen Neurologie, Radiologie und MKG angefertigt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der zeitliche Überblick über die gesamte Gutachtenerstellung. Hier wird aufgezeigt, dass interne Verbesserungen des Gutachtenflusses, was die Untersuchung, die Erfassung, das Diktat und die Korrektur betrifft erforderlich sind. Denn nur durch zügiges und fehlerfreies Vorgehen werden zufriedene Auftraggeber gewonnen und der gute Ruf der Gutachterstelle gewahrt. Gutachten waren, sind und bleiben auch in Zukunft wichtige Instrumente des Medizin- und Versicherungsrechtes, da sie unabhängig objektiv erstellt werden und auf neutraler Basis den Beurteilungsprozeß unterstützen.

7. REFERENZEN

- 1) G.G. Mollowitz (1993), Der Unfallmann, Das ärztliche Gutachten in der gesetzlichen und in der privaten Unfallversicherung 3-13, Springer-Verlag
- 2) Dr. F. Lindenberg (2002), Wahrheitspflicht und Dritthaftung des Rechtsanwalts im Zivilverfahren, Deutscher Anwaltverlag, Bonn
- 3) M. Reichenbach (1986), Die private Unfallversicherung 67-152, In: Mollowitz G.G (Hrsg), Der Unfallmann, Springer-Verlag
- 4) G.G. Mollowitz (1993), Der Unfallmann, Vorwort zur 11. Auflage, Grundgesetz mit Grundvertrag 25.Auflage Beck-Texte im dtv 1989, Springer-Verlag
- 5) Advoprax AG-Kanzlei Bochum (2007), Unfallversicherung, Informationen zur gesetzlichen Unfallversicherung, Welche Leistungen umfasst die gesetzliches Unfallversicherung, www.rechtspraxis.de
- 6) Deutsche gesetzliche Unfallversicherung, Versicherung/Leistungen, Versicherte Personen, www.dguv.de
- 7) W. Grimm (2006), Unfallversicherung, Kommentar zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) mit Sonderbedingungen, 4. Auflage, Beck-Verlag
- 8) Advoprax AG-Kanzlei Bochum (2007), Unfallversicherung, Informationen zur privaten Unfallversicherung, www.rechtspraxis.de
- 9) R. Fink (2006), Versicherungssparten, Unfallversicherung, Die private Unfallversicherung, 4. Die Bedeutung der AUB, www.versicherung-recht.de
- 10) V. Kaiser, K. Weise (2005), Hinweise für den ärztlichen Gutachter S.12, 9.Auflage, LVBG Heidelberg
- 11) HVBG (2007), Formtexte der gesetzlichen Unfallversicherung, A4200 Erstes Rentengutachten, www.hvbg.de
- 12) Universität Regensburg Klinikum (2004), Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Unfallchirurgie, Leiter Prof. Dr. med. M. Nerlich, Deckblatt eines unfallchirurgischen Gutachtens
- 13) Prof. Dr. Piper (2007), Begutachtungsvergütung, Bad Bertrich, www.aerztliche-gutachten.de
- 14) M. Mohr (2006), Privates, Berufliches, Downloads-Hinweis: Vademecum, www.mazimoi.com

- 15)J. Dahmer (2006), Die symptomorientierte Patientenuntersuchung 10. Auflage, Kapitel 16 Extremitäten und Wirbelsäule S.404, Georg Thieme Verlag
- 16)W. R. Hepp, H. U. Debrunner † (2004), Orthopädisches Diagnostikum 7. Auflage, Kapitel 7 Spezielle orthopädische Untersuchung, Georg-Thieme-Verlag
- 17)H. Joachim (2000), Physiotherapie bei Kindern, Gelenkprüfungen: Messblätter zur Neutral-Null-Methode - obere und untere Extremitäten, www.physiopaed.de
- 18)Pschyrembel (1998), Klinisches Wörterbuch 258. Auflage, Text in Abbildung zur Neutral-Null-Methode S.1118
- 19)B. Weigel, M. Nerlich (2004), Praxisbuch für Unfallchirurgie, Kapitel 22 Begutachtung, Springer-Verlag
- 20)H. G. Baer (1998), Schwerbehindertenvertretung, Inhalt, Anhaltspunkte für die gutachterliche Tätigkeit, Allgemeine Richtlinien für Gutachten im sozialen Entschädigungsrecht, www.h-baer.de
- 21)W. R. Hepp, H. U. Debrunner † (2004), Orthopädisches Diagnostikum 7. Auflage, Kapitel 2 Medizinische Dokumentation, Georg-Thieme-Verlag
- 22)Sozialgesetzbuch (1996), Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung, 1.Kapitel Aufgaben, versicherter Personenkreis, Versicherungsfall, 1.Abschnitt Aufgaben der Unfallversicherung
- 23)Sozialgesetzbuch (1996), Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung, 3.Kapitel Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalls, 2.Abschnitt Renten, Beihilfen, Abfindungen, 1.Unterabschnitt Renten an Versicherte §56 Voraussetzungen und Höhe des Rentenanspruchs
- 24)Deutsche gesetzliches Unfallversicherung, Versicherung/Leistungen, Entschädigung, Renten, Abstrakte Schadensbemessung, www.dguv.de
- 25)R. Lehmann, E. Ludolph (2004), Die Invalidität in der privaten Unfallversicherung, Rechtsgrundlagen und medizinische Begutachtung 2. Auflage, Kapitel 3 Die Bewertung von Unfallfolgen nach der Gliedertaxe, Verlag Versicherungswirtschaft
- 26)F. Mehrhoff, R. C. Meindl, G. Muhr, P. Rostock (2005), Unfallbegutachtung 11. Auflage, Kapitel 9 Private Unfallversicherung, 9.4. Leistungen, de Gruyter-Verlag
- 27)F. Feser, Versicherungsrecht, Versicherungssparten, Unfallversicherung, Gliedertaxe, www.versicherung-recht.de
- 28)G. Böhme (2003), Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen, Band 1: Klinik, 4. Auflage, Kapitel 26 Begutachtung, Urban & Fischer Verlag
- 29)S. Kühn (2003), Postleitzahl (Deutschland), Darstellung der ersten beiden Ziffern der Postleitzahl, Auszug aus der Abbildung – Region 8 & 9, www.wikipedia.de

- 30)V. Beer, C. Minder, M. Hubacher, T. Abelin (2000), Epidemiologie der Seniorenunfälle, Report 42 Zusammenfassung, www.bfu.ch
- 31)M. Stürzer, W. Cornelißen (2005), In: Deutsches Jugendinstitut (DJI) & Statistisches Bundesamt, Gender Datenreport- Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, Kapitel 8 Gesundheitstatus und Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern, 8.3 Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern unterschiedlichen Alters und in unterschiedlichen Lebenslagen, www.frankfurt.de
- 32)G. Mehrtens (1992), Die gesetzliche Unfallversicherung 15-65, In: Mollowitz G.G (Hrsg), Der Unfallmann, Springer-Verlag
- 33)J.-F. Krömer (2001), Stellenwert der Funktions-Computertomographie in der Begutachtung der HWS-Beschleunigungsverletzung sowie Beurteilung der allgemeinen und posttraumatischen HWS-Beweglichkeit mit Zebris-Bewegungsanalysesystem CMS 100, Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin einer Hohen Fakultät der Ruhr – Universität Bochum
- 34)NHTSA (National Highway Traffic Safety Administration) (2007), Characteristics of Crash, Injuries among Young, Middle-Aged, and Older Drivers, Technical Report, www.nhtsa.com
- 35)AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) (2007), Leitlinien der deutschen Adipositas-Gesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Kapitel 3 Basisinformation und Definition der Diagnose im Hinblick auf die Rehabilitation, AWMF-Leitlinienregister Nr. 050/002, www.awmf-online.de
- 36)Wikipedia (2007), Verkehrsunfall, Kapitel 1 Unfälle im Straßenverkehr, www.wikipedia.de
- 37)GDV (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.) (2005), Unfallforschung, Die häufigsten Unfallursachen, www.gdv.de
- 38)J. Fritze, F. Mehrhoff (2008), Die ärztliche Begutachtung 7. Auflage, Kapitel 1 Allgemeine Grundlagen, Springer-Verlag
- 39)A. Sperrfechter, Unterscheidung der Sachverständigen, www.sh-sperrfechter.de
- 40)W. E. Ott (2006), Das medizinische Gutachten insbesondere das Fehler- und Kausalitätsgutachten im Arzthaftpflichtrecht, In: Schweizerische Ärztezeitung Nr. 25/2006 S.1170-1173, www.saez.ch
- 41)G.G. Mollowitz (1993), Der Unfallmann, Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Unfallfolgen S.331-357, Springer-Verlag

42) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2001), Unfallstatistik, Lexikon-
Unfallversicherung, In: @ssekuranz Consult, www.unfallversicherung.org

8. DANKSAGUNGEN

Herzlichen Dank dem Leiter der Abteilung für Unfallchirurgie Prof. Dr. med. Michael Nerlich, dass ich diese Arbeit in seinem Institut erstellen durfte.

Vielen Dank Herrn Oberarzt PD. Dr. med. Peter Angele, Leiter der Kniechirurgie für seine sehr nette Betreuung.

Herrn Dr. Markus Mohr möchte ich für die Überlassung des Themas und die Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit danken. Vor allem aber auch, dass er mir während den Vorbereitungen zum Staatsexamen und den Prüfungen eine Auszeit gegeben hat, in der ich mich voll auf meine Prüfungen konzentrieren konnte.

Mein besonderer Dank gilt all meinen Lieben, die immer für mich da sind und mir viel Kraft und Liebe schenken.

9. LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name:	Daniela Edeltraud Spieß, geb. Baumhof
geb.:	10.03.1979 in Mallersdorf-Pfaffenberg
Familienstand:	verheiratet mit Dr. Jochen Spieß (Arzt)
Staatsangehörigkeit	deutsch
Eltern:	Peter Baumhof, Büromaschinenmechanikermeister Edeltraud Baumhof, Angestellte
Geschwister:	Peter Baumhof, Schüler

Schulbildung

09/1985 bis 07/1989	Josef-Schlicht-Grundschule Steinach
09/1989 bis 06/1998	Anton-Bruckner-Gymnasium Straubing
09/1998 bis 02/2001	Staatliche Berufsschule Straubing

Hochschulstudium

04/2001 bis 06/2006	Studium der Zahnmedizin an der Universität Regensburg
---------------------	---

Abschlüsse

06/1998	Abitur
02/2001	Abschluss als staatlich geprüfte Zahnmedizinische Fachassistentin
06/2006	Abschluss des Zahnmedizinstudiums
07/2006	Approbation als Zahnärztin

Zahnärztliche Tätigkeit

Seit 10/2006 Assistenz Zahnärztin in der Praxis von Hr. Dr. Martin Ostermeier, Nittendorf
Seit 10/2008 angestellte Zahnärztin in der Praxis von Hr. Dr. Martin Ostermeier, Nittendorf

10. ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeit erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Burglengenfeld, 15.01.2009 _____

Daniela Spieß